



**Universidade Nova de Lisboa**

**Escola Nacional de Saúde Pública**

**Conhecimentos e práticas alimentares nos primeiros dois anos  
de vida: São Domingos, Guiné-Bissau**

**Inês Duarte Pereira Dias**

**Agosto, 2019**





**Universidade Nova de Lisboa**

**Escola Nacional de Saúde Pública**

**Conhecimentos e práticas alimentares nos primeiros dois anos  
de vida: São Domingos, Guiné-Bissau**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à  
obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, na especialidade de  
Promoção e Proteção da Saúde, realizada sob a orientação científica da  
Professora Doutora Ana Rita Goes e da Professora Doutora Joana Sousa.

**Agosto, 2019**



## RESUMO

**Introdução:** Os primeiros 1.000 dias de vida são decisivos para o crescimento, desenvolvimento e saúde da criança. Neste período a alimentação e a nutrição são fatores determinantes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, idade em que devem ser incluídos na dieta da criança alimentos complementares.

**Objetivos:** Caracterizar os conhecimentos e as práticas das mães sobre a alimentação da criança até aos 2 anos; relacionar os conhecimentos das mães com as práticas alimentares da criança e verificar se os fatores sociodemográficos (idade da mãe, nº de filhos, escolaridade e local de parto) estão relacionados com os conhecimentos maternos.

**Métodos:** Foram inquiridas 145 mães de crianças entre os 0 e os 23 meses utentes do Centro Materno Infantil de São Domingos (CMISD). Foi aplicado um questionário para recolha dos dados sociodemográficos das mães e crianças, estado nutricional das crianças, conhecimentos maternos e práticas de alimentação infantil.

**Resultados:** As mães apresentam conhecimentos suficientes sobre alimentação da criança nos primeiros 6 meses (62,2% ( $\pm 14,7$ )) e dos 6 aos 23 meses (52,8% ( $\pm 16,4$ )). 88,7% das crianças menores de 6 meses são alimentadas em exclusivo com leite materno, seguindo as recomendações da OMS. Entre os 6 e os 23 meses, 25,3% das crianças têm uma dieta mínima aceitável. Mais conhecimentos maternos sobre alimentação infantil aumentam a probabilidade da criança ser exclusivamente amamentada (OR=1,10; 95% IC:1,03-1,19;  $p=0,006$ ) e de ter uma dieta mínima aceitável (OR=1,04; 95% IC:1,00-1,08;  $p=0,04$ ). Mães com nível de escolaridade secundário têm maiores conhecimentos sobre alimentação infantil que mães sem nenhum nível de escolaridade ( $F=5,08$ ;  $p=0,04$ ) mas a idade da mãe, o nº de filhos e o local de parto não estão relacionados com os conhecimentos sobre alimentação infantil.

**Conclusão:** Maiores níveis de conhecimento têm um papel positivo nas práticas alimentares nos primeiros 2 anos de vida, sendo maior a influência do conhecimento nas práticas de aleitamento materno do que de alimentação complementar.

**Palavras-chave:** aleitamento materno, alimentação complementar, conhecimentos, práticas, Guiné-Bissau.



## SUMMARY

**Introduction:** The first 1000 days of life are crucial for the growth, development and future health of the child. During this period, food and nutrition are determining factors. The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding up to 6 months, at which age other complementary foods should be included in the child's diet.

**Objectives:** To characterize mothers' knowledge and practices regarding child feeding up to 2 years old; to relate mothers' knowledge with the child's eating practices and to verify if sociodemographic factors (mother's age, number of children, education and place of birth) are related to maternal knowledge.

**Methods:** A total of 145 mothers, whose children were between 0 and 23 months old, attending the São Domingos Maternal and Child Health Center were surveyed. Through the application of a questionnaire were collected sociodemographic data of mothers and children, assessed the nutritional status of children and assessed maternal knowledge and infant feeding practices.

**Results:** Mothers have enough knowledge about feeding in the first 6 months (62.2% ( $\pm 14.7$ )) and in the 6 to 23 months (52.8% ( $\pm 16.4$ )). 88.7% of children under 6 months are fed only breast milk, following WHO recommendations. Between 6 and 23 months, 25.3% of children have a minimum acceptable diet. More maternal knowledge about infant feeding increases the likelihood of the child being exclusively breastfed (OR = 1.10; 95% CI: 1.03-1.19;  $p = 0.006$ ) and having a minimum acceptable diet (OR = 1.04 95% CI: 1.00-1.08;  $p = 0.04$ ). Mothers with secondary education have better knowledge of infant feeding than mothers without any education ( $F = 5.08$ ;  $p = 0.04$ ) but mother's age, number of children place of birth are not related to knowledge about infant feeding.

**Conclusion:** Higher levels of knowledge play a positive role in feeding practices in the first two years of life, with greater influence of knowledge on breastfeeding practices than complementary feeding.

**Keywords:** breastfeeding, complementary feeding, knowledge, practices, Guinea-Bissau.





# ÍNDICE

<b>Introdução</b>	1
<b>I. Revisão da literatura</b>	3
<u>Capítulo 1</u> – Recomendações e práticas alimentares nos primeiros 2 anos de vida	3
1. Alimentação nos primeiros 6 meses de vida	3
1.1. Vantagens do aleitamento materno	3
1.2. Estratégias de proteção, promoção e apoio do aleitamento materno	4
2. Alimentação dos 6 aos 23 meses	5
2.1. Aleitamento materno depois dos 6 meses	5
2.2. Alimentação complementar	6
2.2.1. Necessidades energéticas	6
2.2.2. Frequência alimentar	6
2.2.3. Consistência	7
2.2.4. Diversificação alimentar	7
3. Práticas de alimentação infantil	8
3.1. Nos primeiros 6 meses	8
3.2. Entre os 6 e os 23 meses	8
<u>Capítulo 2</u> – Fatores que influenciam as práticas alimentares	10
1. Conhecimentos de alimentação infantil	11
2. A influência dos conhecimentos nas práticas alimentares	12
<u>Capítulo 3</u> – Alimentação nos primeiros 2 anos de vida: a realidade na Guiné-Bissau	14
1. A Guiné-Bissau	14
2. Estratégias implementadas na Guiné-Bissau	17
<b>II. Objetivos do estudo</b>	19
<b>III. Metodologia</b>	21
1. Tipo de estudo	21
2. População em estudo	21
3. Amostra	21
4. Metodologias de recolha de dados	21
4.1. Conhecimentos e práticas alimentares	22
4.2. Avaliação antropométrica e estado nutricional	24
5. Procedimentos	25
6. Análise de dados	26
<b>IV. Resultados</b>	27
<b>V. Discussão</b>	35
<b>VI. Conclusão</b>	39
<b>VII. Referências bibliográficas</b>	41
<b>VIII. Anexos</b>	



## ÍNDICE DAS TABELAS

Tabela 1: Operacionalização das variáveis do estudo.	23
Tabela 2: Interpretação dos indicadores de crescimento infantil.	25
Tabela 3: Caracterização sociodemográfica das mães.	27
Tabela 4: Caracterização sociodemográfica e avaliação do estado nutricional das crianças.	28
Tabela 5: Práticas de alimentação nos primeiros 6 meses.	29
Tabela 6: Conhecimentos das mães sobre alimentação até aos 6 meses.	30
Tabela 7: Avaliação dos conhecimentos das mães sobre alimentação até aos 6 meses.	30
Tabela 8: Práticas alimentares dos 6 aos 23 meses.	31
Tabela 9: Conhecimentos das mães sobre alimentação dos 6 aos 23 meses.	32
Tabela 10: Avaliação dos conhecimentos das mães sobre alimentação dos 6 aos 23 meses.	32
Tabela 11: Relação entre score de conhecimentos e práticas de alimentação infantil.	33

## ÍNDICE DAS FIGURAS

Figura 1: Fatores que influenciam as práticas alimentares.	10
--	----

## ÍNDICE DOS ANEXOS

Anexo A: Indicadores de avaliação das práticas de aleitamento materno e alimentação complementar da OMS utilizados.	i
Anexo B: Consentimento Informado.	ii
Anexo C: Questionário sociodemográfico.	iii
Anexo D: Inquérito sobre alimentação da criança dos 0 aos 6 meses.	iv
Anexo E: Inquérito sobre alimentação da criança dos 6 aos 23 meses.	viii
Anexo F: Análise de dados.	xii



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ASC: Agente de Saúde Comunitária

CMISD: Centro Materno Infantil de São Domingos

IHAC: Iniciativa Hospital Amigo das Crianças

IMC: Índice de Massa Corporal

KAP: Knowledge, Attitudes and Practices

MICS: Indicadores Múltiplos de Monitorização da Situação da Mulher e da Criança

ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SiSSAN: Sistema de Seguimento da Segurança Alimentar e Nutricional

SUN: Scaling Up Nutrition

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância



## INTRODUÇÃO

Os primeiros 1.000 dias de vida, que decorrem entre a concepção e o segundo ano de vida da criança, são decisivos para o seu crescimento, desenvolvimento e para a sua saúde futura. Neste período, a alimentação e a nutrição são fatores determinantes, estando muitas vezes comprometidas nos países em desenvolvimento económico (1,2).

Em 2016, 5,6 milhões de crianças morreram em todo o mundo antes de atingir os 5 anos, 2,6 milhões (46%) durante o seu primeiro ano de vida. As doenças infetocontagiosas (pneumonia, diarreia, paludismo, sarampo e HIV/SIDA) representam, no conjunto, mais de metade destas mortes, estando a desnutrição associada a mais de um terço. A taxa de mortalidade de menores de 5 anos variou entre as 133 e as 2 mortes por 1.000 nascidos vivos, pertencendo as taxas mais altas a países da África Subsaariana (3).

A desnutrição é caracterizada por défices, excessos ou ingestão inadequada de energia e/ou nutrientes. A desnutrição pode causar, direta ou indiretamente, mortes precoces, condicionar as capacidades cognitivas, o crescimento e algumas habilidades físicas. O seu impacto tende a manter-se ao longo das gerações: mulheres que foram malnutridas na infância têm menor capacidade reprodutiva, maior probabilidade de ter bebés com baixo peso ao nascer<sup>1</sup> e complicações no parto, e tem implicações no desenvolvimento dos países (4,5).

As boas práticas de alimentação dos primeiros 2 anos de vida protegem a criança de patologias e asseguram-lhe um desenvolvimento harmonioso, contribuindo para a redução da mortalidade neonatal e infantojuvenil (6).

A investigação científica atribui ao aleitamento materno adequado a capacidade de diminuir em 13% a mortalidade infantil por causas preveníveis em todo o mundo (5,7).

As boas práticas de alimentação complementar podem também contribuir com uma diminuição de 6% da mortalidade nos primeiros 5 anos de vida (5).

A aposta na melhoria dos conhecimentos é uma estratégia largamente utilizada com o objetivo de atingir melhores resultados de saúde, estando demonstrado que a educação das mulheres está fortemente associada com a saúde das crianças e com melhores práticas de alimentação infantil (8,9). No entanto, apesar de empiricamente associarmos mais conhecimento a melhores práticas nem sempre se verifica esta premissa, uma vez que as práticas são condicionadas por diversos fatores (10).

---

<sup>1</sup> Peso ao nascer <2,500kg (47)

Na Guiné-Bissau, grande parte das intervenções continuadas que têm como objetivo melhorar a qualidade da alimentação, diminuir a desnutrição e consequentemente a mortalidade infantil baseiam-se na estratégia de melhoria dos conhecimentos maternos (11).

Apesar desta estratégia ser a mais utilizada, não existem trabalhos que descrevam a relação entre os conhecimentos das mães e as alterações nas práticas de alimentação infantil na Guiné-Bissau. Este trabalho pretende verificar o que sabem as mães sobre alimentação nos primeiros 1.000 dias e se esses conhecimentos estão associados a melhores práticas de alimentação. Esta avaliação é importante para orientar o desenho de novas intervenções de educação alimentar destinadas a este público alvo.

Esta investigação inicia-se com uma revisão da literatura relativa aos comportamento e práticas de alimentação nos primeiros 2 anos de vida e à sua interligação. Posteriormente foi realizado um trabalho de campo em que foram inquiridas mães de crianças utentes de um Centro Materno Infantil na Guiné-Bissau.



# **I. REVISÃO DA LITERATURA**

## **Capítulo 1 – Recomendações e práticas alimentares nos primeiros 2 anos de vida**

### **1. Alimentação nos primeiros 6 meses de vida**

A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, isto é, que não seja oferecido ao bebé nenhum alimento, líquido ou sólido, nem sequer água, além do leite materno. Aos 6 meses o bebé deve começar a comer outros alimentos complementares, mas deve continuar a mamar pelo menos até aos 2 anos (2,12) .

O aleitamento materno é uma das poucas práticas promotoras de saúde que é mais frequente nos países pobres que nos países ricos, apesar de ser reconhecida a sua importância em ambos os contextos. No passado, as mães mais pobres amamentavam mais os seus filhos mas presentemente, nos países de baixo e médio rendimento, não existem diferenças na prevalência de aleitamento materno entre as mães com mais e menos rendimentos (5).

#### **1.1. Vantagens do aleitamento materno**

O aleitamento materno tem vantagens para a criança, para a mãe e para a família/comunidade. Estas vantagens verificam-se a curto e a longo prazo (7).

Crianças que foram amamentadas têm um risco 13% menor de morte, em comparação com aquelas que não foram amamentadas. Em 2015, estimou-se que 823.000 mortes infantis seriam evitadas em países de baixo rendimento se todas as crianças fossem amamentadas (5,13).

O aleitamento materno reduz a frequência e a gravidade da doença. Metade do número total de episódios de diarreia e um terço dos casos de infeções respiratórias podem ser evitados, bem como o número de admissões hospitalares causadas por estas doenças. O aleitamento materno está ainda associado a um menor risco de otite média em crianças até aos 2 anos e reduz em 68% o risco de má oclusão dentária, que pode levar a uma incorreta mastigação, deglutição, fonação e estética (5). Não existe evidência clara relativa ao seu papel protetor em relação às alergias alimentares, ao eczema e à asma, no entanto, o aleitamento materno parece ter um efeito protetor da rinite alérgica em crianças menores de 5 anos (12). Longos períodos de amamentação estão relacionados com a diminuição do risco de obesidade. Este facto pode estar relacionado

com a composição da dieta de substituição do leite materno, que não é igual em todo o mundo, o que dificulta a análise deste problema. É também um fator de proteção para a diabetes tipo 2, mas parece não ser um fator protetor na redução da pressão arterial, diastólica e sistólica, nem na hipercolesterolemia. O aleitamento materno reduz em 19% o risco de leucemia infantil e crianças amamentadas apresentam um nível intelectual mais elevado e têm melhor aproveitamento escolar (testes de inteligência e frequência escolar) (5).

O leite materno parece, no entanto, ser um fator de risco para cáries em crianças maiores de 12 meses que mamam durante a noite. Este risco pode estar relacionado com uma incorreta higiene oral depois da mamada (5).

Dar de mamar tem também vantagens para as mães. Mães que amamentam têm menor risco de cancro da mama e do ovário, diabetes tipo 2 e osteoporose (5).

Estima-se que se todas as mães amamentassem, 19.464 mortes anuais por cancro de mama seriam evitadas, comparando com um cenário em que nenhuma mãe amamenta (5).

A amamentação é favorável ao espaçamento das gravidezes pois as mães que dão de mamar têm maiores períodos de amenorreia. Esta vantagem é importante principalmente em países de baixo rendimento. Um estudo realizado em 2003, em países com boas prevalências de aleitamento materno (Uganda e Burkina Faso) estima que na ausência de aleitamento materno haveria um aumento de 50% no número de partos (5). Não é conclusiva a associação entre o aleitamento materno e a recuperação do peso no pós parto. Existe uma associação negativa entre a amamentação e a depressão materna, mas é mais provável que a depressão afete a amamentação do que o contrário (5).

Ao proteger a saúde da criança e da mãe o aleitamento materno reduz os custos com a saúde e resulta em ganhos económicos para as famílias e também para os países (5).

## **1.2. Estratégias de proteção, promoção e apoio do aleitamento materno**

Em 2005 foram revistas as estratégias globais de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. A nova *Declaração Innocenti* refere as medidas que devem ser adotadas para garantir a boa alimentação nos primeiros 2 anos de vida. Destaca a importância de apoiar o aleitamento materno como modo natural de alimentação (incluindo em situações de emergência), de informar e capacitar as mães para a prática

de aleitamento materno e de reforçar as políticas públicas de apoio, revitalizando a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, implementando o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e adotando legislação de proteção da maternidade (14).

A Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés é a estratégia isolada de maior impacto na mortalidade infantil (7). A aplicação dos 10 passos, definidos pela OMS e pela UNICEF, que promovem, protegem e apoiam o aleitamento materno, mostra evidências na melhoria das taxas de aleitamento materno em vários países (15–17).

## **2. Alimentação dos 6 aos 23 meses**

A partir dos 6 meses, o leite materno deixa de ser suficiente para assegurar todas as necessidades nutricionais da criança, nomeadamente em energia, proteínas, ferro, zinco, vitamina A e vitamina D (2,18).

O aumento do peso corporal, para aproximadamente o dobro do peso ao nascer, e o aumento da atividade física causam um aumento das necessidades energéticas que não podem ser totalmente satisfeitas pelo leite materno (12).

Por outro lado, aos 6 meses o desenvolvimento fisiológico (maturação do sistema digestivo e renal), neurológico, motor (capacidade de estar sentado, de segurar a cabeça e desenvolvimento da capacidade de mastigação) e social é favorável à introdução de novos alimentos na dieta da criança que a prepara para a inserção na dieta familiar, que deve acontecer por volta do 1 ano (18).

### **2.1. Aleitamento materno depois dos 6 meses**

Aos 6 meses é recomendado que o bebé inicie a alimentação complementar, mas o leite materno continua a ser uma fonte importante de energia e nutrientes. Entre os 6 e os 12 meses, o leite materno continua a fornecer metade da energia diária necessária e, entre os 12 e os 24 meses, um terço. Durante os episódios de doença, fornece uma boa parte da energia e dos nutrientes que a criança necessita, diminuindo o risco de desnutrição (12).

A OMS recomenda o aleitamento materno até pelo menos aos 2 anos e em livre utilização, estando presente durante o processo de diversificação alimentar (19).

O desmame precoce é um risco para a saúde e crescimento da criança. Durante o processo de diversificação alimentar a criança tende a mamar menos vezes, devendo o aleitamento materno ser encorajado para que a produção de leite se mantenha. O aleitamento materno deve ser mantido enquanto for mutuamente desejado pela criança e pela mãe (12).

## **2.2. Alimentação complementar**

### **2.2.1. Necessidades energéticas**

A quantidade de energia que a criança deve receber dos alimentos complementares aumenta com a idade, acompanhando o aumento das necessidades e a diminuição da frequência de aleitamento materno. Entre os 6 e os 8 meses, deve receber dos alimentos complementares 200 Kcal/dia, entre os 9 e os 11 meses 300 Kcal/dia e entre os 12 e os 23 meses 550 Kcal/dia (12).

A quantidade de alimentos a oferecer depende da sua densidade. O leite materno tem aproximadamente 0,7 Kcal/ml. Os alimentos complementares devem ter uma densidade nutricional entre os 0,6 Kcal/g e a 1 Kcal/g (12).

### **2.2.2. Frequência alimentar**

O estômago da criança tem um volume reduzido (30 ml por quilo de peso) o que condiciona a quantidade de alimentos a oferecer de cada vez e a frequência alimentar (12).

Os bebés amamentados entre os 6 e os 8 meses devem ser alimentados 2 a 3 vezes por dia, e entre os 9 e os 23 meses devem ser alimentados 3 a 4 vezes por dia. Podem ainda ser oferecidos 1 ou 2 lanches diários. Crianças que não são amamentadas devem realizar, entre os 6 e os 23 meses, pelos menos 4 refeições diárias (12).

Apesar desta recomendação a OMS defende que a criança deve ser alimentada respeitando os seus sinais de fome e saciedade. É esperado que à medida que cresça aumente o número de refeições que faz e o tamanho das porções, devendo ser a criança a guiar o processo (12).

### **2.2.3. Consistência**

Alimentos muito líquidos, como sopas ou papas líquidas, têm uma densidade energética de aproximadamente 0,3 Kcal/g. Para que a densidade energética das refeições complementares seja adequada, os alimentos oferecidos devem ter uma consistência pastosa e ser enriquecidos com alimentos energéticos, como as gorduras (11).

Se os alimentos complementares apresentarem menor densidade nutricional que o leite materno, que vão a pouco e pouco substituindo na alimentação da criança, o consumo de quilocalorias diminui o que pode levar a situações de desnutrição (11).

No início da diversificação alimentar devem ser oferecidos alimentos de consistência homogênea e mole. À medida que a criança cresce, e que está mais familiarizada com a alimentação, a textura dos alimentos deverá ser progressivamente menos homogênea de forma a estimular a mastigação. Aos 9 meses a criança pode começar a comer *finger food* e aos 12 meses deve comer os alimentos com a mesma consistência que a sua família (18).

### **2.2.4. Diversificação alimentar**

O esquema cronológico de diversificação alimentar deve ter em consideração a cultura, os costumes de cada região, questões socioeconómicas, a disponibilidade dos alimentos no agregado familiar e as particularidades do lactente (12,18).

Por norma os primeiros alimentos servidos são preparados com o alimento base da dieta que é habitualmente um cereal, raiz ou tubérculo, como o arroz, o milho, o trigo, a mandioca, a batata ou o inhame. Estes alimentos são boas fontes de hidratos de carbono e de energia (12,20). A esses alimentos, preparados na forma de papas ou purés, devem ser adicionados outros de forma a fornecer os nutrientes necessários (12).

Os alimentos de origem animal (carne, pescado, ovo) são boas fontes de proteína de alto valor biológico. A carne (especialmente o fígado e as restantes vísceras) e o peixe são também ricos em ferro hémico. O fígado é ainda uma boa fonte de vitamina A e de folatos (18). Entre os 4 e os 6 meses o bebé esgota a suas reservas de ferro estando a carência de ferro associada a menor desenvolvimento cognitivo. A anemia ferropénica é a carência de micronutrientes mais frequente em todo o mundo. Estima-se que afete 1.62 bilhões de pessoas, sendo as crianças em idade pré-escolar (47%) e as grávidas (42%) as mais afetadas (21). A carne é ainda uma fonte importante de zinco necessário

para o crescimento e reparação tecidual. O zinco é também importante na produção de vitamina A (interfere no processo de síntese de proteína ligadora de retinol e na mobilização hepática de retinol). Além de ser rico em ferro o peixe é também rico em iodo e em ácidos gordos polinsaturados. A carne e o peixe devem ser introduzidos na dieta a partir dos 6 meses em porções de 10g diárias (limpas de ossos/espinhas e peles). Esta quantidade deve aumentar progressivamente, não ultrapassando os 30g/dia. O ovo é rico em proteínas, lípidos e vitamina A. Apesar de ter uma quantidade interessante de ferro (2,1 mg/100g) este tem baixa biodisponibilidade por se encontrar ligado à albumina ou a fosfolipoproteínas (18).

Os laticínios (leite, queijo e iogurte) são boas fontes de cálcio, proteína e vitaminas do complexo B (18).

As leguminosas são uma boa fonte de proteína vegetal, hidratos de carbono, minerais (entre eles o ferro) e fibra. O ferro presente nas leguminosas é não hémico, por isso, a associação do seu consumo ao consumo de um alimento rico em vitamina C melhora a sua absorção (12,18).

As sementes e as oleaginosas são alimentos ricos em gordura e em minerais que podem ser utilizados para enriquecer as refeições da criança (12).

Os hortofrutícolas fornecem vitaminas, minerais e fibras necessárias ao processo de regulação do organismo. O seu consumo regular reduz o risco de alguns tipos de cancro e de doenças cardiovasculares. As frutas de cor amarela ou alaranjada são ricas em betacaroteno, um precursor da vitamina A, que tem um papel importante na função imune, visão e reprodução. Os legumes de folhas verdes são ricos em ferro e em folatos e devem também estar presentes na alimentação da criança (12).

As frutas devem ser ingeridas inteiras e não na forma de sumos. Quando não é utilizado todo o fruto na preparação do sumo há uma perda de nutrientes benéficos. Os sumos têm maior osmolaridade, acidez e efeito laxante. É também importante expor as crianças a diferentes texturas para que se familiarizem e aceitem com mais facilidade alimentos diferentes (18).

As gorduras aumentam a densidade energética da alimentação complementar e são importantes para a absorção das vitaminas lipossolúveis. Devem contribuir em 30% para o consumo energético total da criança (12).

O sal não deve ser utilizado durante o primeiro ano de vida. O açúcar deve ser igualmente evitado pelo seu consumo estar associado a cárie dentária e a um aumento do número de casos de excesso de peso ou obesidade. No primeiro ano de vida as

crianças não devem ingerir chá nem café. O mel deve ser evitado até aos 2 anos por causa do risco de botulismo (18).

### **3. Práticas de alimentação infantil**

#### **3.1. Nos primeiros 6 meses**

Mais de 80% dos recém-nascidos são amamentados em todo o mundo. A iniciação do aleitamento materno na primeira hora de vida, recomendada pela OMS há mais de 25 anos, diminui o risco de infeções e a mortalidade do recém-nascido. Apesar disso, nível global apenas 42% dos bebés seguem esta recomendação, prevalência semelhante na África Ocidental (40%), região à qual pertence a Guiné-Bissau (5,22).

Nos países de baixo e médio rendimento a prevalência de aleitamento materno exclusivo aumenta 0,5% por ano desde 1993, tendo atingido os 41% em 2018, percentagem inferior é verificada na África Ocidental onde apenas 33% das crianças são exclusivamente amamentadas (5,22). Este número está ainda bastante abaixo do pretendido pela OMS que tem como objetivo que 70% das crianças sejam exclusivamente amamentadas em 2030 (23).

#### **3.2. Entre os 6 e os 23 meses**

A OMS recomenda a introdução de alimentos complementares a partir dos 6 meses de vida. A nível mundial, 69% dos bebés entre os 6 e os 8 meses cumprem esta recomendação, e na África Ocidental 73% (22).

A OMS sugere alguns indicadores para avaliar a adequação da alimentação complementar: diversidade alimentar mínima, frequência alimentar mínima e dieta mínima aceitável (Anexo A) (24).

Globalmente, 51% das crianças entre os 6 e os 23 meses cumprem a frequência alimentar mínima, 25% a diversidade alimentar mínima e 16% a dieta mínima aceitável. Na África Ocidental a percentagem de crianças que cumpre a frequência alimentar mínima diária (41%) e a dieta mínima aceitável (12%) encontram-se abaixo das médias mundiais enquanto a diversidade mínima diária é igual (22).

A nível mundial apenas 71% das crianças entre os 12 e os 15 meses são amamentadas e entre os 20 e os 23 meses apenas 45%. Na África Ocidental a percentagem de

crianças amamentadas ao 1 ano de idade é superior à mundial, 88%, mas aos 2 anos a percentagem de crianças amamentadas é igual (22).

Estes dados, compilados através de vários Inquéritos aos Indicadores Múltiplos de Monitorização da Situação da Mulher e da Criança (MICS), mostram ainda que existe uma grande disparidade entre a alimentação das crianças mais ricas e das mais pobres, tendo os mais pobres pior alimentação (22).

## Capítulo 2 - Fatores que influenciam as práticas alimentares

As práticas alimentares são condicionadas por diversos fatores ambientais como a disponibilidade dos alimentos, o preço, a informação disponível, os costumes e as tradições (Figura 1). Estes influenciam, por sua vez, os fatores intrapessoais - conhecimentos, atitudes e práticas individuais relativas à alimentação (8,25).

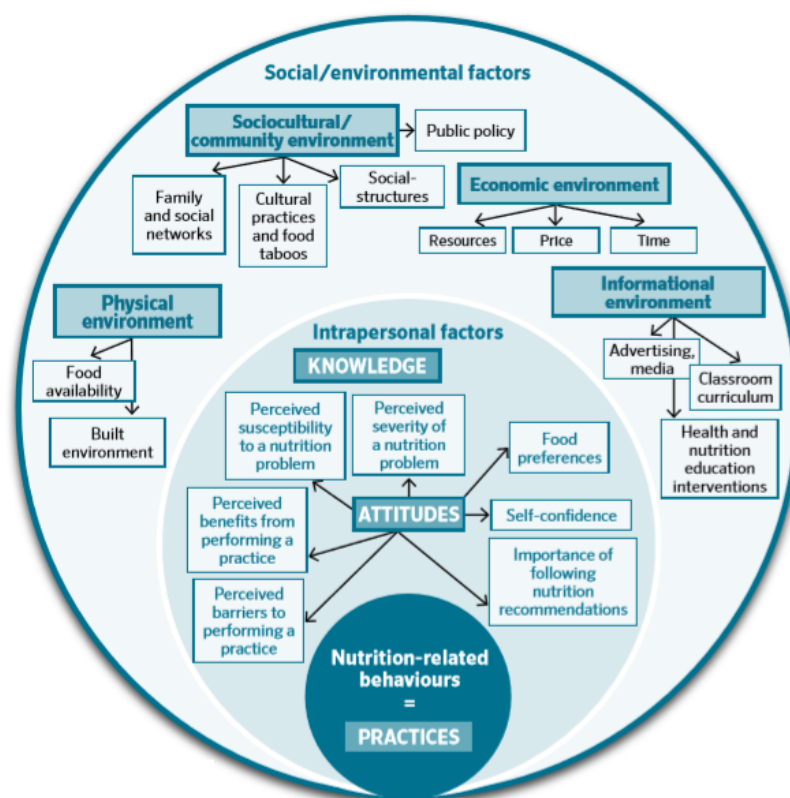


Figura 1: Fatores que influenciam as práticas alimentares (26).

A introdução de alimentos complementares na dieta é um período de vulnerabilidade para a criança. Enquanto nos primeiros 6 meses de vida o único alimento necessário para o seu correto crescimento e desenvolvimento é o leite materno, a partir dos 6 meses é necessária a introdução de outros alimentos (2).



Um estudo realizado em 11 países da África Ocidental encontrou relação entre a baixa ou nenhuma escolaridade materna e a inadequação da alimentação complementar, embora esta associação não seja comum a todos os países estudados. Números menores de consultas pré-natais e baixo acesso aos meios de comunicação foram também considerados fatores preditores de más práticas de alimentação infantil (20).

Outro estudo, realizado no Tibete, identifica que a limitada oportunidade de acesso a alimentos complementares nutritivos é o fator que mais influencia a inadequação da alimentação oferecida à criança (27).

Na Etiópia, a inadequação da alimentação complementar foi relacionada com fatores culturais da família, acesso e utilização de serviços de saúde, pobreza e baixo espaçamento entre os nascimentos (28).

No Afeganistão, a maior utilização dos cuidados pré-natais parece influenciar positivamente a adequação da alimentação complementar enquanto o menor rendimento familiar e o menor acesso aos serviços de saúde parecem prejudicar (29).

Estudos realizados em países em desenvolvimento económico, demonstram o impacto positivo das intervenções de educação sobre alimentação infantil direcionadas às mães no crescimento da criança (peso e comprimento). Este impacto é ainda maior quando as campanhas são acompanhadas pela doação de alimentos complementares, principalmente em contextos de insegurança alimentar<sup>2</sup>. Esta evidência reforça a influência da melhoria dos conhecimentos maternos nas práticas de alimentação da criança e mostra ainda que as intervenções multifatoriais têm mais sucesso por intervirem em vários fatores causais do problema (30).

## **1. Conhecimentos de alimentação infantil**

Vários estudos foram realizados com o objetivo de avaliar os conhecimentos das mães sobre alimentação da criança e de relacionar esses conhecimentos com as práticas de alimentação infantil e com fatores sociodemográficos. A variação nas metodologias utilizadas dificulta a comparação dos dados e, num grande número de estudos, não são apresentados os conhecimentos por tema nem a avaliação média dos conhecimentos das mães.

---

<sup>2</sup> Segundo a FAO (53) a segurança alimentar é definida como “uma situação existente quando todos os seres humanos têm, a todo o momento, um acesso físico, social e económico a uma alimentação suficiente, saudável e nutritiva, que lhes permite satisfazer as suas necessidades energéticas e as suas preferências alimentares para ter uma vida ativa e saudável”.

Um estudo realizado na Nigéria mostrou que o score médio de conhecimentos das mães foi de 56,7%. Apenas 41,4% das mães sabiam que o aleitamento materno deveria começar na primeira hora de vida do bebê, 12,3% sabiam que o aleitamento deve continuar até aos 2 anos ou mais e 9,5% das mães conheciam as vantagens do aleitamento materno para a mãe (31).

Na Gâmbia, 60,2% das mães demonstraram ter conhecimentos suficientes sobre aleitamento materno. Apesar de poucas mães terem recebido aconselhamento de técnicos de saúde sobre aleitamento materno parece existir grande influência da família na transmissão de conhecimentos (32).

Na Tanzânia, um estudo realizado concluiu que 70% conheciam as principais questões relacionadas com as práticas adequadas de aleitamento materno: importância do colostro (95%), tempo de início da amamentação (71%), aleitamento materno exclusivo (81%) e tempo de introdução de alimentos complementares (83%). Estes conhecimentos estão associados ao aconselhamento recebido durante a gravidez nos serviços de saúde (33).

Na Etiópia, a maioria (71%) das mães sabiam que o bebê deve começar a ser amamentado na primeira hora de vida e a duração recomendada do aleitamento materno exclusivo (86,8%) (28).

No Bangladesh, apenas 19% das mães conheciam a idade recomendada pela OMS para o início da alimentação complementar (34). Esta realidade é diferente na Nigéria, onde 61,1% das mães sabiam que a alimentação complementar deve ser iniciada aos 6 meses (35) e na Etiópia (87,4%) (28).

O mesmo estudo, realizado na Nigéria, mostrou que 25,4% sabiam até que idade as crianças devem ser amamentadas, 72,1% sabiam também que a amamentação deve ser realizada a pedido da criança mas os conhecimentos sobre a frequência alimentar mínima diária eram baixos. Apenas 14,9% dos entrevistados tinham bons conhecimentos de alimentação complementar (35).

## **2. A influência dos conhecimentos nas práticas alimentares**

A Estratégia Global para a Alimentação da Criança Pequena (2) diz que “o conhecimento inadequado sobre alimentos e práticas alimentares adequados é muitas vezes um determinante maior da desnutrição do que a falta de alimentos”. Este documento define ainda que uma das estratégias a utilizar para melhorar as práticas

alimentares das crianças é o maior acesso a informação útil sobre alimentação da criança dos pais e cuidadores da criança. Esta informação deve ser complementada com o acesso a ajuda prática fornecida por técnicos de saúde, ou outros membros da comunidade, que estejam capacitados para tal.

A evidência científica comprova que indivíduos mais escolarizados têm melhor saúde, podendo a relação entre educação e nível social ser suficiente para justificar esta associação. A posição social é condicionada pela educação, trabalho, rendimento, género e etnia. A educação dá ao indivíduo maior espírito crítico, capacidade de escolha e autoestima, mas o rendimento económico e a segurança material, são também fatores determinantes no acesso aos cuidados de saúde (curativos e preventivos) (8). Na Etiópia, encontraram-se piores práticas de alimentação complementar em crianças com mães analfabetas (28).

Na Nigéria, concluiu-se que o pouco conhecimento das mães sobre aleitamento materno aumentava o risco de dar ao bebé alimentos pré-lácteos e biberões (31). A prática de alimentação complementar adequada foi baixa e melhores práticas foram associadas a um maior nível de escolaridade, idade e ocupação das mães (35).

Na Gâmbia, apesar de 60,2% das mães mostrarem conhecimento suficiente sobre aleitamento materno, apenas 38,6% pretendiam cumprir o aleitamento materno exclusivo. Esta percentagem era menor entre as mães que não apresentavam conhecimentos suficientes. Esta prática era ainda influenciada por fatores económicos, pela atitude positiva, pela idade da mãe e pelo apoio do pai (32).

No Quênia, um estudo que tinha como objetivo avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas de aleitamento materno em mães múltiparas e primigestas concluiu que um maior nível de conhecimento sobre aleitamento materno não estava necessariamente associado a melhores práticas, sendo o fator cultural mais determinante (36). Outro estudo mostrou que mais conhecimento das mães sobre aleitamento materno não se traduziam em melhores práticas (37).

Apesar de muitos estudos comprovarem a relação entre conhecimentos e melhores práticas de alimentação, esta associação nem sempre se verifica (10,25,26). O conhecimento é um dos fatores que influencia as práticas, mas a disseminação de informação pode não ser suficiente para a mudança de comportamento, como se verifica em alguns dos estudos supracitados. Os principais determinantes do estado nutricional da criança nos países em desenvolvimento são a doença e o aporte alimentar insuficiente, intimamente relacionados. A adequação da alimentação infantil depende da segurança alimentar, dos cuidados prestados às mães e crianças (alimentação

oportuna da criança, estimulação cognitiva e utilização dos serviços de saúde preventivos), do ambiente (água segura, saneamento e abrigo) e dos serviços de saúde (qualidade e acesso). Por sua vez estes determinantes são influenciados pelos determinantes básicos: os recursos disponíveis para um país ou comunidade e uma série de fatores políticos, culturais e sociais que afetam sua utilização (38,39).

Para uma ação efetiva é necessária uma intervenção multi estratégica centrada no individuo e no meio social ou ambiente, tendo as políticas públicas um papel fulcral na criação de ambientes facilitadores à adoção de comportamentos saudáveis (10,25). Estratégias que integrem a agricultura, a nutrição e a proteção social da mulher devem ser adotadas com o objetivo de melhorar a alimentação da criança. Aumentar o acesso das famílias a alimentos nutritivos, através de programas de apoio agrícola que promovam a diversificação das culturas, e criar políticas que garantam que as mães têm tempo para dedicar aos seus filhos é fundamental em complemento às intervenções de educação alimentar (39).

## **Capítulo 3 - Alimentação nos primeiros 2 anos de vida: a realidade na Guiné-Bissau**

### **1. A Guiné-Bissau**

A Guiné-Bissau é um dos países mais pobres do mundo (o índice de desenvolvimento humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) classificou-a em 2018 no 177º lugar em 189 países). Tem uma população de 1.900.000 habitantes, destes 300.000 são crianças menores de 5 anos. A esperança média de vida ao nascer é de 57,8 anos (40).

As mulheres em idade reprodutiva têm um baixo nível de instrução. De todas as mulheres inquiridas no último MICS, 41% nunca frequentaram a escola ou não concluíram nenhuma classe do ensino primário, 31% só frequentaram e concluíram uma classe do nível primário e 28% das mulheres têm o nível secundário ou mais (41).

Em 2016, por cada 1.000 nados vivos, morreram 88 crianças antes de completar 5 anos, destas 38,2 crianças morrem no primeiro mês de vida, sendo o sexto país do mundo com maior taxa de mortalidade de recém-nascidos (23).

A coexistência dos diversos tipos de desnutrição, caracterizados por défices, excessos ou ingestão inadequada de energia e/ou nutrientes, afeta principalmente as crianças, mulheres e pessoas doentes, sendo consideradas as socialmente mais vulneráveis (11).

De acordo com o Relatório Anual de 2016 do Movimento *Scaling Up Nutrition* (SUN) (42), 21,3% dos bebés nascidos na Guiné-Bissau apresentaram baixo peso ao nascer, relacionado com o mau estado nutricional da mãe e com as doenças durante a gravidez. Também as crianças dos 6 aos 59 meses são afetadas pelas várias formas da desnutrição: 27,4% têm desnutrição crónica, 6,5% desnutrição aguda e 17,5% défice ponderal. Esta realidade varia de região para região, sendo a zona rural mais afetada (41). Das mulheres em idade reprodutiva 11,3% têm baixo peso, 0,9% magreza severa, 14,0% excesso de peso e 8,6% são obesas, o que afeta a saúde da própria mulher e da criança, contribuindo para a elevada taxa de mortalidade materno-infantil do país (43).

O HIV/SIDA tem uma prevalência elevada no país (5,3%) e nas grávidas (5,8%). O vírus fragiliza o sistema imunitário e o estado nutricional dos seus portadores sendo que 51,9% dos HIV positivos estão desnutridos quando iniciam o tratamento com antirretrovirais (11).

Segundo as estimativas publicadas em 2011 pela OMS, a anemia afeta 49,0% das grávidas na Guiné-Bissau, 44,0% das mulheres em idade fértil e 71,0% das crianças até a 5 anos, números superiores aos da prevalência na região africana (grávidas – 46,3%; mulheres em idade fértil – 37,8% e crianças – 62,3%). Esta situação é classificada pela OMS como severa (21).

Segundo os dados do MICS de 2014, na Guiné-Bissau 98,0% das crianças são amamentadas. 33,7% recebem leite materno na primeira hora de vida, 80,0% iniciam o aleitamento materno no primeiro dia após o nascimento e 19,2% recebem alimentos pré-lácteos. Ser assistido no parto por pessoal qualificado e realizar o parto numa estrutura de saúde aumenta a probabilidade de mamar na primeira hora de vida. Os níveis de escolaridade e de bem-estar económico das mães não afetam o início do aleitamento precoce, mas manifesta-se na utilização de pré-lácteos. Não existem diferenças significativas entre o número de crianças amamentadas e a amamentação precoce em meio urbano e rural, no entanto, a utilização de pré-lácteos é maior em meio rural. Apenas 52,5% das crianças são exclusivamente amamentadas nos primeiros 6 meses de vida sendo 85,3% predominantemente amamentadas. 94,6% das crianças mamam entre os 12 e os 15 meses e 50,9% mamam entre os 20 e os 23 meses (41).

A região de Cacheu, à qual pertence São Domingos, é a região em que há menor utilização de pré-lácteos e onde a percentagem de crianças exclusivamente amamentadas é maior (76,9%). Entre os 12 e 15 meses apenas 88,0% das crianças continuam a ser amamentadas e entre os 20 e os 23 meses apenas 34,2%,

percentagens inferiores à média nacional. Cacheu, é também uma das regiões onde a duração média do aleitamento materno é mais reduzida (20 meses) (41).

A nível nacional apenas 2,0% das crianças entre os 6 e os 8 meses tem uma dieta mínima aceitável. Existe uma diferença considerável na percentagem de crianças com dieta mínima aceitável na província sul (22,3%) e nas restantes províncias, sendo a província norte a que apresenta os piores resultados (4,1%). Crianças com mães mais escolarizadas têm melhor alimentação complementar. Viver em meio urbano ou meio rural e o bem-estar económico não influenciam a qualidade da alimentação complementar (41).

Em Cacheu, entre os 6 e os 23 meses apenas 53,7% das crianças amamentadas recebem alimentos complementares diariamente (Guiné-Bissau 71,3%), 9,5% das crianças consomem uma diversidade mínima de alimentos (Guiné-Bissau 12,7%), 35,4% têm uma frequência alimentar mínima (Guiné-Bissau 56,7%) e 3,7% tem uma dieta mínima aceitável (Guiné-Bissau 7,9%) (41).

Relativamente à alimentação com biberão, 13,3% das cuidadoras de crianças até aos 23 meses utilizam, não sabemos, no entanto, se para dar água, leite materno ou outro tipo de leite ou de líquido (41).

Segundo os dados do Sistema de Seguimento da Segurança Alimentar e Nutricional (SiSSAN), publicados em janeiro de 2018, Cacheu é a região onde a percentagem de agregados com consumo alimentar pobre (30%) juntamente com o consumo alimentar limite (4%) é maior. Apesar das taxas de insegurança alimentar terem diminuído, desde setembro de 2016, na região de Cacheu 22,2% dos agregados continuam em situação de risco, sendo São Domingos um dos setores mais afetados a nível regional e nacional (31,7%) (44).

## **2. Estratégias implementadas na Guiné-Bissau**

A Guiné-Bissau possui um Plano Estratégico de Nutrição para os anos 2015-2019 (11) sendo um dos objetivos específicos desta estratégia a promoção de uma alimentação otimizada das crianças dos 0 a 24 meses.

Entre 2017 e 2019 a Área Sanitária de São Domingos beneficiou de um projeto de cooperação para o desenvolvimento que tinha como principal objetivo contribuir para a diminuição da mortalidade materno infantil, dando principal destaque à área da nutrição.

Para atingir esse objetivo a estratégia foi implementar as atividades previstas no Plano Estratégico de Nutrição, definidas pelo Serviço de Alimentação, Nutrição e Sobrevivência da Criança do Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau, sendo elas:

1. Sensibilizar as grávidas e as mulheres a amamentar sobre as melhores práticas de alimentação das crianças até aos 2 anos

Foram realizadas no CMISD sessões de sensibilização, conduzidas por técnicos de saúde e por um grupo de mães da comunidade sobre aleitamento materno e sobre alimentação infantil, sempre com uma componente prática associada. Foram ainda criados dois vídeos, um sobre aleitamento materno e outro sobre alimentação complementar, gravados no CMISD em língua local para que as mães assistissem durante os tempos de espera das consultas. Nas visitas às comunidades, realizadas mensalmente pelos técnicos de saúde, foram apresentados os vídeos produzidos e realizadas sessões práticas de culinária com o objetivo de ensinar às mães como devem preparar as refeições e que cuidados devem ter. Foram ainda realizados alguns programas sobre aleitamento materno e alimentação da criança na rádio local.

2. Garantir o acompanhamento e a promoção do crescimento e do desenvolvimento das crianças com menos de 24 meses ao nível dos postos comunitários e do Centro de Saúde

O CMISD realiza diariamente a avaliação completa do crescimento de todas as crianças utentes. Após a avaliação as mães recebem algumas informações sobre alimentação, de acordo com a idade da criança, e podem partilhar as suas dúvidas. A mesma atividade era realizada nas visitas à comunidade sendo a avaliação nutricional realizada através da medição do perímetro braquial (crianças dos 6 meses aos 5 anos) e da avaliação da curva de peso para a idade (crianças dos 0 aos 6 meses). Foi ainda realizado um rastreio nutricional a aproximadamente 800 crianças da área de saúde em novembro de 2018. Todas as crianças que apresentavam situações de desnutrição eram seguidas em consulta e tratadas de acordo com os protocolos nacionais.

3. Assegurar a promoção de alimentos complementares de qualidade à base de produtos locais

Durante as sessões de educação alimentar foram utilizados alimentos locais com elevado interesse nutricional. O grupo de mães da comunidade iniciou também a produção de uma farinha multi mistura, preparada com alimentos locais, que poderia ser adquirida pelas mães para alimentar a criança. A receita da farinha foi estudada e testada para se atingir um produto nutricionalmente equilibrado.

#### 4. Redinamização da Iniciativa Hospitais Amigos das Mães e das Crianças

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é a estratégia isolada de maior impacto na mortalidade infantil. Esta iniciativa tem como objetivo proteger, promover e apoiar a amamentação (7).

Apesar da Guiné-Bissau não ter ainda nenhum Hospital Amigo da Criança, vários esforços têm sido realizados nesse sentido: criação da Comissão Nacional da IHAC, adaptado o Código Internacional de Regulação da Comercialização e Marketing dos Substitutos do Leite Materno, proposta de um Roteiro de Implementação da IHAC, formação aos técnicos de saúde e criação de Grupos de Mães Amigas das Crianças.

No âmbito desta iniciativa o Centro de Saúde de São Domingos foi escolhido como piloto a nível nacional, estando de momento a ser realizada a implementação dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno.

#### 5. Promoção da nutrição de base comunitária

A Guiné-Bissau conta com uma rede de Agentes de Saúde Comunitária (ASC) que são formados para a promoção das 16 Práticas Familiares Essenciais, incluindo o aleitamento materno e a alimentação complementar. Estes ASC promovem boas práticas de saúde nas famílias da sua comunidade com mulheres em idade fértil, grávidas e crianças até aos 5 anos. Durante o projeto foi reforçada a formação dos ASC nas matérias da nutrição e realizada a supervisão das suas atividades (11).

Todas estas estratégias são essenciais para que se atinjam os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e a Agenda 2030. Estes objetivos adotados pela quase totalidade dos países do mundo, no contexto das Nações Unidas, definem as prioridades e aspirações do desenvolvimento sustentável global para 2030 e procuram mobilizar esforços globais à volta de um conjunto de objetivos e metas comuns (45).

As boas práticas de alimentação infantil são relevantes para o cumprimento de cinco destes objetivos: 1 – erradicar a pobreza; 2- erradicar a fome; 3 – saúde de qualidade; 4- educação de qualidade; 8 – crescimento económico e 10 – redução das desigualdades (45).



## **II. OBJETIVOS DO ESTUDO**

Várias iniciativas de educação para a saúde foram implementadas em São Domingos, com o objetivo de aumentar os conhecimentos maternos sobre alimentação da criança, sendo importante avaliar se estes conhecimentos foram assimilados, e se mães com mais conhecimentos são mães com melhores práticas.

Os objetivos deste trabalho são:

- Caracterizar os conhecimentos das mães sobre a alimentação da criança até aos 2 anos.
- Caracterizar as práticas de alimentação nos primeiros 2 anos de vida de acordo com as recomendações da OMS.
- Analisar a relação entre os conhecimentos das mães e as práticas alimentares da criança.
- Identificar que fatores sociodemográficos estão associados a maiores conhecimentos sobre alimentação infantil.



### **III. METODOLOGIA**

#### **1. Tipo de estudo**

Foi realizado um estudo observacional, transversal e analítico. Nos estudos observacionais, o investigador estuda, observa e regista os dados de interesse para medir a prevalência de uma doença, ou fatores relacionados, sem ter qualquer tipo de intervenção. O estudo é considerado transversal porque todos os dados foram recolhidos num determinado momento e analítico porque procura relacionar os conhecimentos das mães com as práticas alimentares das crianças (46).

#### **2. População em estudo**

O Centro Materno Infantil de São Domingos (CMISD) serve uma população de aproximadamente 1.500 crianças menores de 2 anos. Na Área de Saúde de São Domingos a utilização dos cuidados de saúde é abaixo do desejável. Em 2018, apenas 50,8% dos partos foram realizados em meio hospitalar e apenas 74,9% das crianças concluíram o calendário vacinal. O número de consultas de saúde infantil até aos 5 anos totalizou 2.559 (a população dos 0 aos 5 anos é igual a 3834 crianças). A inexistência de registos de nascimento dificulta o conhecimento real da população da área de saúde, que é estimada através de métodos de estatística populacional.

#### **3. Amostra**

Para o desenvolvimento do estudo foi utilizada uma amostra de conveniência constituída por todas as mães, com crianças entre os 0 e os 23 meses, que visitaram o CMISD entre os dias 19 e 28 de março de 2019 e que aceitaram participar.

Foram critérios de exclusão a existência de patologias que pudessem afetar o estado nutricional da criança (malformações congénitas, atrasos no desenvolvimento psico-motor, entre outras), doenças temporárias que afetassem o consumo de alimentos no dia anterior e o não domínio do Crioulo. O Português é a língua mais falada em apenas 0,2% dos agregados familiares a nível nacional (41).

No total foram aplicados 145 questionários, 62 a mães com bebés menores de 6 meses e 83 a mães com crianças entre os 6 e os 23 meses.

## **4. Metodologias de recolha de dados**

### **4.1. Conhecimentos e práticas alimentares**

Foi utilizado um questionário adaptado do questionário *Knowledge, Attitudes and Practices* (KAP) da OMS (26). Os questionários KAP são utilizados, principalmente em países africanos, para recolha de dados que permitam caracterizar uma situação nutricional ou avaliar uma intervenção de educação alimentar (10,26). Dão informação sobre os conhecimentos, práticas e atitudes relacionadas com determinada prática de saúde (e.g. planeamento familiar, nutrição, higiene) e têm uma aplicação simples e rápida. Os dados resultantes são quantificáveis, de fácil interpretação e apresentação (10).

O questionário utilizado foi validado em vários países e permite a comparação de dados e o cálculo dos indicadores de adequação alimentar da OMS (10,26).

Às mães com bebés menores de 6 meses foi aplicado o questionário sobre alimentação das crianças com menos de 6 meses e às mães com crianças entre os 6 e os 23 meses aplicado o questionário sobre alimentação da criança entre os 6 e os 23 meses. Ambos os questionários iniciam com a caracterização sociodemográfica da mãe (idade, nº de filhos, localidade e escolaridade) e da criança (sexo, data de nascimento, local de nascimento, peso ao nascer, número de avaliações do crescimento, peso e comprimento) (Tabela 1) (Anexo C).

O primeiro questionário (alimentação dos 0 aos 6 meses) é composto por 4 questões relacionadas com práticas alimentares e 10 relacionadas com conhecimentos (Anexo D). O segundo questionário (alimentação dos 6 aos 23 meses) é composto por 3 perguntas relacionadas com as práticas alimentares e 6 perguntas de conhecimentos (Anexo E). As perguntas a incluir nos questionários foram selecionadas a partir da lista de perguntas modelo presentes no questionário proposto pela OMS e adaptadas ao contexto local. Foi ainda adaptada a lista de alimentos utilizada para avaliar o consumo alimentar das crianças nas 24 horas anteriores. As respostas dadas pelas mães foram avaliadas pelo investigador e classificadas de acordo com as orientações presentes no manual de utilização do questionário (26).

O instrumento foi traduzido de Inglês para Português e depois para Crioulo, a língua de comunicação na Guiné-Bissau. A validação da tradução de Português para Crioulo foi realizada por um grupo de 5 técnicos de saúde do CMISD e foram criadas perguntas alternativas à pergunta principal, caso a mãe não percebesse a sua intenção.

Para avaliar os conhecimentos foi criado um score. O manual de implementação do questionário KAP sugere a criação de scores para avaliar os conhecimentos mas não indica nenhuma metodologia a utilizar (26). Para cada pergunta de conhecimento foi avaliado se a mãe sabia ou não a resposta. Respostas certas eram contabilizadas com 3 pontos e respostas erradas com 0. Nas perguntas com múltiplas respostas corretas (entre 5 e 6) foi contabilizado o número de respostas certas. Se o número de respostas certas fosse 1 ou 2, era contabilizado 1 ponto, se fosse 3 ou 4, 2 pontos, se fosse 5 ou 6 eram contabilizados 3 pontos.

Para avaliar as práticas de alimentação infantil foi utilizado o indicador aleitamento materno exclusivo e o indicador da dieta mínima aceitável. O indicador aleitamento materno exclusivo, utilizado para avaliar as práticas alimentares até aos 6 meses, diz-nos se a criança foi, ou não, alimentada só com leite materno nas 24 horas anteriores. O indicador dieta mínima aceitável, utilizado para avaliar as práticas alimentares dos 6 aos 23 meses, diz-nos se a criança recebeu, ou não, o número mínimo de refeições recomendadas para a sua idade (frequência alimentar mínima) e o número mínimo de grupos de alimentos recomendados pela OMS (diversidade alimentar mínima) (Anexo A) (9).

**Tabela 1: Operacionalização das variáveis do estudo**

		<b>Variável</b>	<b>Valores da variável</b>	<b>Escala</b>
<b>Mãe</b>		Escolaridade <sup>3</sup>	Nenhuma Primária Secundária ou mais	Nominal
		Idade (anos)		Numérica
		Nº de filhos	≥1	Numérica
<b>Criança</b>	<b>Sociodemográficas</b>	Sexo	Masculino Feminino	Nominal
		Idade (meses)	6 a 23 meses	Numérica
		Local de nascimento	Unidade de saúde Casa	Nominal
		Peso ao nascer (Kg)		Numérica
	<b>Avaliação do crescimento</b>	ZS peso/idade		Numérica
		ZS comprimento/idade		Numérica
		ZS peso/comprimento		Numérica
		ZS IMC/idade		Numérica
<b>Conhecimentos</b>		Score de conhecimentos	0 a 100%	Numérica
<b>Práticas</b>		Aleitamento materno exclusivo	Sim Não	Nominal
		Dieta mínima aceitável	Sim Não	Nominal

<sup>3</sup> A escolaridade foi classificada em nenhuma (não ter frequentado a escola ou não ter concluído nenhum nível de ensino), primária (ter frequentado a escola e ter concluído pelo menos um nível de ensino) e secundária ou mais (ter concluído o ensino primário ou mais), seguindo a classificação utilizada no estudo MICS 2014.

Foram apenas aferidos os conhecimentos e as práticas das mães, e não as atitudes. A medição de atitudes através de questionário mostra-se muitas vezes falaciosa porque o inquirido responde de acordo com o socialmente desejável e não de acordo com a sua opinião (10).

#### **4.2. Avaliação antropométrica e estado nutricional**

Para classificar o crescimento das crianças foi realizada a avaliação antropométrica através da medição do peso e comprimento da criança. As medições de peso foram realizadas numa balança SECA® (modelo 233) e de comprimento num estadiómetro de madeira com escala decimal. O peso foi registado em quilogramas, com aproximação às centésimas, e o comprimento em centímetros, com aproximação às décimas. As crianças foram pesadas sem roupa nem fralda.

A avaliação do crescimento envolve medir o peso e o comprimento/altura da criança e comparar essas medidas com os padrões de crescimento, com o objetivo de determinar se a criança está a crescer de acordo com o esperado. Esta avaliação permite identificar crianças que precisam de intervenção urgente, como a utilização de suplementos alimentares, para evitar a morte (47) .

A OMS estima que em todo o mundo 22,2% das crianças menores de 5 anos apresentem desnutrição crónica, 7,5% desnutrição aguda e 5,6% excesso de peso ou obesidade (48).

As curvas de crescimento foram criadas após o estudo *WHO Multicentre Growth Reference Study* (49) que determinou os padrões de crescimento das crianças em 6 países diferentes (Brasil, Gana, Índia, Noruega, Omã e Estados Unidos da América) e mostrou que as crianças têm padrões de crescimento semelhantes, quando as suas necessidades nutricionais e os cuidados de saúde são garantidos, podendo estas curvas ser utilizadas em qualquer parte do mundo.

A OMS propõe 4 indicadores para avaliar o crescimento infantil:

- comprimento/altura<sup>4</sup> para a idade: utilizado para identificar crianças com nanismo (baixa estatura) devido a desnutrição crónica ou doença repetida;
- peso para a idade: utilizado para avaliar se uma criança está com baixo peso ou com muito baixo peso;

---

<sup>4</sup> Considera-se comprimento quando a criança é medida deitada e altura quando a criança é medida de pé. A criança deve ser medida deitada até aos 2 anos (47).

- peso para o comprimento/altura: utilizado para identificar crianças com baixo peso para a altura que podem apresentar desnutrição aguda moderada ou grave. A desnutrição aguda é geralmente causada por uma doença recente ou por escassez de alimentos que causam perda de peso. Este indicador permite ainda identificar crianças com peso elevado/estatura que podem estar em risco de excesso de peso ou obesidade);
- IMC para a idade: utilizado para o diagnóstico de excesso de peso e obesidade (47).

Cada indicador é calculado através da interpretação de um gráfico que apresenta várias curvas de crescimento (percentis de crescimento). A linha rotulada como 0 em cada gráfico representa a mediana, que é, em geral, a média. As outras linhas curvas são linhas z-score, que indicam a distância à média. As linhas z-score são numeradas positivamente (1, 2, 3) ou negativamente (-1, -2, -3) (Tabela 2) (47).

Tabela 2: Interpretação dos indicadores de crescimento infantil				
z-score	Indicadores de crescimento			
	comprimento/idade	peso/idade	peso/comprimento	IMC/idade
>3			Obesidade	Obesidade
>2			Excesso de peso	Excesso de peso
<2	Desnutrição crónica	Insuficiência ponderal	Desnutrição aguda	
<3	Desnutrição crónica grave	Insuficiência ponderal grave	Desnutrição aguda grave	

Para avaliar o crescimento das crianças foram calculados os z-scores para peso/idade, peso/comprimento, comprimento/idade e IMC/idade utilizando o programa WHO Anthro versão 3.2.2. Foram consideradas desnutridas todas as crianças que apresentaram pelo menos um dos indicadores com um z-score inferior a -2.

## 5. Procedimentos

As mães foram informadas da existência e objetivos do estudo através de um anúncio na rádio comunitária local. Esta estratégia é comumente utilizada para difundir avisos à população sendo adotada para garantir a afluência das mães ao CMISD. A nível nacional 72,5% dos agregados familiares possuem um rádio (41).

Os questionários foram aplicados no CMISD diretamente pelo investigador às mães, que consentiram participar no estudo, após explicação da sua finalidade e leitura do consentimento informado (Anexo B). Foram realizados em Crioulo e a aplicação de cada

um demorou, em média, 15 minutos, realizando-se primeiro a medição do peso e comprimento da criança e de seguida a aplicação do questionário.

## **6. Análise de dados**

Para a análise descritiva das variáveis foram avaliadas e interpretadas as medidas de média, desvio padrão e frequência relativa e/ou absoluta.

A normalidade e a homogeneidade de variância foram avaliadas através do teste Kolmogorov Smirnov e Levene.

A relação entre escolaridade materna e conhecimentos sobre alimentação infantil foi avaliada através do teste ANOVA, visto a variável dependente (conhecimentos sobre alimentação infantil) ter uma distribuição aproximadamente normal. A relação entre os conhecimentos e a idade da mãe e o nº de filhos foi avaliada através do coeficiente de correlação de Pearson e a relação entre o local de parto e os conhecimentos através do teste t-student.

Para analisar o contributo dos conhecimentos para a prática de aleitamento materno (aleitamento materno exclusivo) e de alimentação complementar (dieta mínima aceitável) utilizou-se a regressão logística binária. Inicialmente procedeu-se a uma análise não ajustada entre o score de conhecimentos e os indicadores de alimentação da criança (modelo 1). Seguidamente realizaram-se novas análises ajustadas para a idade da mãe, número de filhos, escolaridade, idade e sexo da criança (modelo 2).

Todas as análises estatísticas foram realizadas com o IBM SPSS Statistics 24. O valor de significância estatística foi definido para  $p < 0,05$ .



## IV. RESULTADOS

### Caracterização sociodemográfica e estado nutricional

Foram realizados 145 questionários, 62 a mães com bebés menores de 6 meses (42,8%) e 83 a mães com crianças entre os 6 e os 23 meses (57,2%). As mães participantes tinham em média 25,6( $\pm 6,5$ ) anos. A maioria terminou o ensino primário e frequentou o ensino secundário ou mais (66,2%) mas 20,0% não frequentou a escola ou não concluiu nenhum nível primário. Cada mulher tem em média 2,5 filhos mas 38,6% tem apenas um filho (Tabela 3).

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica das mães.

	N	%	Média ( $\pm$ DP)	Mínimo	Máximo
<b>Idade</b>	142		25,6 ( $\pm 6,5$ )	14	45
<18 anos	16	11,0			
18-24 anos	51	35,2			
25-34 anos	57	39,3			
>35 anos	18	12,4			
<b>Nº de Filhos</b>	145		2,5 ( $\pm 1,5$ )	1	8
<b>Nível de Escolaridade</b>	145				
Nenhum	29	20,0			
Primário	20	13,8			
Secundário ou mais	96	66,2			

A média de idades das crianças foi de 7,2( $\pm 5,3$ ) meses, 51,7% das crianças eram do sexo feminino. 60,7% crianças nasceram em unidades de saúde e 6,3% crianças nasceram com baixo peso. 8,3% das crianças apresentaram desnutrição crónica, 9,0% insuficiência ponderal e 7,6% desnutrição aguda. Do total da amostra 18,1% das crianças apresentaram algum tipo de desnutrição (Tabela 4).

Tabela 4: Caracterização sociodemográfica e avaliação do estado nutricional das crianças.

	N	%	Média ± DP	Mínimo	Máximo
<b>Sexo</b>	145				
Feminino	75	51,7			
Masculino	70	48,3			
<b>Idade (meses)</b>	144		7,2±5,3	0	21
<b>Local de parto</b>	145				
Casa	57	39,3			
Unidade de Saúde	88	60,7			
<b>Peso ao nascer</b>	87		3,16±0,55	1,80	4,80
BPN	9	10,35			
<b>Avaliação do crescimento</b>	144				
P/C (z-score)			-0,14±1,17	-3,12	2,52
P/I (z-score)			-0,49±1,13	-5,05	1,86
C/I (z-score)			-0,57±1,17	-5,89	2,35
IMC/I (z-score)			-0,23±1,17	-3,25	2,50
<b>Casos de desnutrição</b>					
Desnutrição Crônica	12	8,3			
Grave	1	0,7			
Desnutrição Aguda	11	7,6			
Grave	2	1,4			
Insuficiência ponderal	13	9,0			
Grave	2	1,4			

Abreviaturas: C, comprimento; I, idade; P, peso; IMC, índice de massa corporal.

## Conhecimentos e práticas de alimentação das mães com crianças menores de 6 meses

Todos os bebês menores de 6 meses foram amamentados no dia anterior. De todas as mães apenas 3,2% refere ter dado leite materno ao seu bebê através de uma colher, copo ou biberão. 95,2% não deixam os seus bebês ao cuidado de outra pessoa. 88,7% das crianças estão a ser alimentadas exclusivamente com leite materno. As restantes (7=11,3%) além de leite materno consumiram no dia anterior água (N=6), papa de cereais líquida (N=2) e/ou leite de fórmula (N=1) (Tabela 5).

Tabela 5: Práticas de alimentação nos primeiros 6 meses.		
	N	%
<b>P1: AM no dia anterior</b>		
Sim	62	100
Não	0	0
<b>P2: Leite materno dado pelo copo, colher ou biberão</b>		
Sim	2	3,2
Não	60	96,8
<b>P3: Alimentação na ausência da mãe - quem alimenta?</b>		
Mãe não deixa o bebê sozinho	59	95,2
Avó	1	1,6
Irmão	1	1,6
Outro	1	1,6
<b>P3.1: Alimentação na ausência da mãe - com que alimento</b>		
Leite materno	1	1,6
Leite artificial	1	1,6
Outro	1	1,6
Não se aplica	59	95,2
<b>P4: AME</b>		
Sim	55	88,7
Não	7	11,3
Abreviaturas: AM, aleitamento materno; AME, aleitamento materno exclusivo.		

A maioria das mães, com filhos até aos 6 meses, sabem que: o bebé deve ser amamentado nas primeiras horas de vida, que até aos 6 meses o leite materno fornece todos os nutrientes necessários ao crescimento e que o aleitamento deve ser realizado a pedido do bebé, em livre utilização. Sabem o que fazer para aumentar a produção de leite e que os técnicos de saúde as podem ajudar quando têm problemas relacionados com a amamentação. Reconhecem as vantagens do aleitamento materno para o bebé mas não para elas próprias. Apenas 25,8% já ouviram falar de aleitamento materno exclusivo e destas apenas 9,7% conseguem explicar o que é (Tabela 6).

Tabela 6: Conhecimentos das mães sobre alimentação até aos 6 meses.		
	N	%
<b>C1: Como alimentar o bebé nas primeiras horas de vida?</b>		
Sabe	60	96,8
Não sabe	2	3,2
<b>C2: Já ouviu falar de AME?</b>		
Sim	16	25,8
Não	46	74,2
<b>C2.1: Sabe o que é AME?</b>		
Sabe	6	9,7
Não sabe	10	16,1
<b>C3: AME até que idade?</b>		
Sabe	54	87,1
Não sabe	8	12,9
<b>C4: Porque AME nos primeiros 6 meses?</b>		
Sabe	43	69,35
Não sabe	19	30,65
<b>C5: Frequência do AM</b>		
Sabe	61	98,4
Não sabe	1	1,6
<b>C6: Vantagens do AM para a criança</b>		
Sabe	53	85,48
Não sabe	9	14,4
<b>C7: Vantagens do AM para a mãe</b>		
Sabe	27	43,5
Não sabe	35	56,5
<b>C8: Práticas que aumentam a produção de LM</b>		
Sabe	57	91,9
Não sabe	5	8,1
<b>C9: Como manter o aleitamento materno</b>		
Sabe	35	56,5
Não sabe	27	43,5
<b>C10: Quem pode ajudar nos problemas relacionados com a amamentação</b>		
Sabe	56	90,3
Não sabe	6	9,7
Abreviaturas: AM, aleitamento materno; AME, aleitamento materno exclusivo; LM, leite materno.		

Em média as mães souberam responder a 62,2(±14,7)% das perguntas de conhecimento sobre alimentação das crianças até aos 6 meses (Tabela 7).

Tabela 7: Avaliação dos conhecimentos das mães sobre alimentação até aos 6 meses.					
	N	%	Média (± DP)	Mínimo	Máximo
<b>Score de conhecimentos</b>	62		62,18 (±14,73)	10,00	85,00
Fracos	2	3,2			
Insuficientes	9	14,5			
Suficientes	41	66,1			
Bons	10	16,1			

Nota: conhecimentos fracos (menos de 20% de respostas corretas), insuficientes (20 a 49%), suficientes (50 a 75%) e bons (mais de 75%).

## Conhecimentos e práticas de alimentação das mães com crianças entre os 6 e os 23 meses

96,4% das crianças, entre os 6 e os 23 meses, foram amamentadas nas 24 horas anteriores. Apenas 31,3% cumpriram a diversidade alimentar mínima, isto é, consumiram pelo menos 4 dos 7 grupos de alimentos definidos pela OMS. 16,9% não tinha consumido qualquer alimento além do leite materno. Relativamente à frequência alimentar mínima foi cumprida por 56,6%. 25,3% tiveram no dia anterior uma dieta mínima aceitável (Tabela 8).

Tabela 8: Práticas alimentares dos 6 aos 23 meses.		
	N	%
<b>P1: AM no dia anterior</b>		
Sim	80	96,4
Não	3	3,6
<b>P2: Diversidade alimentar mínima no dia anterior</b>		
Sim	26	31,3
Não	57	68,7
<b>P3: Frequência alimentar mínima no dia anterior</b>		
Menos que o recomendado	36	43,4
Igual ao recomendado	38	45,8
Mais que o recomendado	9	10,8
<b>Dieta mínima aceitável</b>		
Sim	21	25,3
Não	62	74,7

Abreviaturas: AM, aleitamento materno.

A maioria das mães sabem que: a partir dos 6 meses a criança deve iniciar a introdução de outros alimentos complementares ao leite materno, que as papas devem ter consistência pastosa para serem mais nutritivas e/ou saciantes. As mães sabem também pelo menos um alimento que podem adicionar às refeições infantis para que sejam mais nutritivas. No entanto, apenas 30,1% sabem que as crianças devem mamar até aos 24 meses ou mais. A maioria (61,4%) refere que devem deixar de mamar entre os 12 e os 23 meses (Tabela 9).

Tabela 9: Conhecimentos das mães sobre alimentação dos 6 aos 23 meses.		
	N	%
<b>C1: Até que idade as crianças devem mamar?</b>		
Sabe	25	30,1
Não sabe	58	69,9
<b>C2: Idade de introdução dos alimentos complementares</b>		
Sabe	73	88,0
Não sabe	10	12,0
<b>C3: Porque é que devem ser introduzidos outros alimentos a partir dos 6 meses?</b>		
Sabe	49	59,0
Não sabe	34	41,0
<b>C4: Consistência correta para a criança</b>		
Sabe	71	85,5
Não sabe	12	14,5
<b>C5: Porquê essa consistência?</b>		
Sabe	73	88,0
Não sabe	10	12,0
<b>C6: Alimentos que podem ser usados para enriquecer as papas</b>		
Sabe	77	92,8
Não sabe	6	7,2

Em média as mães souberam responder a 52,2(±16,4)% das perguntas de conhecimento sobre alimentação entre os 6 e os 23 meses (Tabela 10).

Tabela 10: Conhecimentos das mães sobre alimentação dos 6 aos 23 meses.					
	N	%	Média (± DP)	Mínimo	Máximo
<b>Score de conhecimentos</b>	83		52,81 (±16,35)	11,10	77,80
Fracos	4	4,8			
Insuficientes	29	34,9			
Suficientes	41	49,4			
Bons	9	10,8			

Nota: conhecimentos fracos (menos de 20% de respostas corretas), insuficientes (20 a 49%), suficientes (50 a 75%) e bons (mais de 75%).

### Relação entre conhecimentos e fatores sociodemográficos

As mães sem nenhuma escolaridade têm um score médio de conhecimentos de 48,7(±3,8)%, as mães com escolaridade primária 56,2(±3,7)% e as mães com escolaridade secundária ou mais 59,4 (±1,4)%. Verificou-se que as mães com nível de escolaridade secundário têm maiores conhecimentos sobre alimentação infantil que as mães sem nenhum nível de escolaridade ( $F=5,08$ ;  $p=0,04$ ). Não se verificam diferenças com significado estatístico, entre mães sem escolaridade e com nível de escolaridade primário ( $p=0,41$ ) e entre mães com nível de escolaridade primário e secundário ( $p=0,82$ ).

Não se verificou relação entre os conhecimentos e a idade da mãe ( $p=0,15$ ;  $p=0,07$ ), o nº de filhos ( $p=0,32$ ;  $p=0,71$ ) e o local de parto ( $t=-1,63$ ;  $p=0,11$ ).

## Relação entre conhecimentos e práticas alimentares

Na relação entre o score de conhecimentos e as práticas de aleitamento materno, observou-se que as mães que tinham mais conhecimentos apresentavam maior probabilidade de realizar aleitamento materno exclusivo (OR=1,10; 95% IC:1,03-1,19;  $p=0,006$ ). Esta relação manteve-se significativa mesmo após a análise estar ajustada para a idade da mãe, número de filhos, escolaridade, sexo e idade da criança. Verifica-se que 35,1% da variação no resultado, é explicada pelo modelo de regressão logística. Este valor aumenta para 78,3% quando ajustado para as variáveis sociodemográficas (Tabela 10).

Na relação entre o score de conhecimento e as práticas de alimentação complementar, observou-se que as mães que tinham mais conhecimentos apresentavam maior probabilidade de cumprir a dieta mínima aceitável (OR=1,04; 95% IC:1,00-1,08;  $p=0,04$ ). Esta relação manteve-se significativa mesmo após a análise estar ajustada para a idade da mãe, número de filhos, escolaridade, sexo e idade da criança. Verifica-se que 8,6% da variação no resultado é explicada pelo modelo de regressão logística. Este valor aumenta para 21,1% quando ajustado para as variáveis sociodemográficas (Tabela 11).

Tabela 11: Relação entre score de conhecimentos e práticas de alimentação infantil.

	Modelo 1 OR (95%IC)		Modelo 2 OR (95%IC)	
	AME	DMA	AME	DMA
Score de conhecimentos	1,10 (1,03-1,19)	1,04 (1,00-1,08)	1,28(1,04-1,56)	1,05(1,00-1,09)

Abreviaturas: AME, aleitamento materno exclusivo; DMA, dieta mínima aceitável; Modelo 2 – ajustado para idade da mãe, nº de filhos, escolaridade, idade e sexo da criança.





## V. DISCUSSÃO

As mães participantes do estudo tinham conhecimentos suficientes sobre alimentação infantil. As mães com crianças menores de 6 meses apresentaram em média um score de conhecimentos de 62,2( $\pm$ 14,7)%. Este valor é superior ao encontrado na Nigéria (31) e na Gâmbia (32) mas inferior ao da Tanzânia (33). O score médio de conhecimentos sobre alimentação dos 6 e os 23 meses foi inferior 52,8% ( $\pm$ 16,4%). Considerando que a diversificação alimentar é uma altura de risco para a criança (2), o facto de as mães apresentarem lacunas no conhecimento pode prejudicar o desenvolvimento e a saúde da criança.

As mães sabiam as vantagens do aleitamento materno para o bebé, que este deve ser oferecido nas primeiras horas de vida e que os bebés devem ser alimentados só com leite materno, em livre utilização, nos primeiros 6 meses. Conheciam práticas que aumentam a produção de leite e sabem como manter o aleitamento materno quando são afastadas dos seus filhos. Caso surjam problemas relacionados com a amamentação referiram que os técnicos de saúde são quem as pode ajudar. A maioria não conhecia as vantagens do aleitamento materno para a mãe e referia nunca ter ouvido falar de aleitamento materno exclusivo. As mães do estudo tinham melhores conhecimentos que mães de estudos anteriores (28,31,33,34). Na Nigéria também se verificou que apenas 9,5% das mães reconhecia as vantagens do aleitamento materno para a própria, sendo o valor muito inferior ao encontrado neste estudo (31).

Estes resultados levam a crer que as atividades de sensibilização sobre a importância do aleitamento materno se focam nos benefícios da prática para a criança e não nos benefícios para a mãe. O facto de as mães referirem nunca terem ouvido falar de aleitamento materno exclusivo, mas saberem que até aos 6 meses o bebé deve ser alimentado só com leite materno pode indicar que o termo “aleitamento materno exclusivo” não é utilizado na explicação desta prática. Apesar de 80% das mães terem frequentado a escola, grande parte não domina o Português, sendo todas as sensibilizações realizadas em Crioulo. Em Crioulo o termo “aleitamento materno exclusivo” não existe, sendo substituído pela própria definição.

A maioria das mães sabiam que a partir dos 6 meses devem ser introduzidos na dieta da criança alimentos complementares ao leite materno, porque este deixa de ser suficiente para assegurar o crescimento. Conheciam alimentos que podem ser utilizados para enriquecer a alimentação da criança e sabiam que as papas devem ser consistentes. No entanto, apenas 30,1% sabia que as crianças devem ser amamentadas até aos 24 meses ou mais. Estes valores vão de encontro aos

apresentados noutros estudos, estando os conhecimentos das mães entrevistadas acima da média (33–35).

Todas as crianças menores de 6 meses da amostra tinham sido amamentadas no dia anterior, 88,7% foram exclusivamente amamentadas sendo esta percentagem superior à apresentada no estudo MICS 2014 (Guiné-Bissau 52,5%; Cacheu 76,9%) (41). Quase todas as mães (95,2%) referiram não deixar os seus filhos sozinhos nos primeiros 6 meses para garantir o aleitamento materno. Apesar da licença de maternidade ser apenas de 4 meses, na Guiné-Bissau grande parte das mães dedicam-se a atividades domésticas e agrícolas, o que possibilita que estejam permanentemente com os seus bebés (41).

A maioria das crianças dos 6 aos 23 meses foi amamentada no dia anterior (96,4%). A avaliação dos indicadores de adequação da alimentação complementar propostos pela OMS indica que apenas 31,3% das crianças atingiu a diversidade alimentar mínima nas 24 horas anteriores, no entanto, este valor mostra-se bastante superior ao apresentado no último MICS, onde apenas 12,7% das crianças da Guiné-Bissau e 9,5% das crianças de Cacheu, entre os 6 e os 23 meses, cumpriam a diversidade alimentar mínima (41). Relativamente à frequência alimentar mínima, 56,6% das crianças cumpriram as recomendações. Este indicador situou-se abaixo do encontrado no MICS 2014 para a Guiné-Bissau (71,3%), mas acima do encontrado para Cacheu.

As mães têm mais conhecimentos sobre as recomendações alimentares nos primeiros 6 meses de vida do que a partir dos 6 meses, constituindo esta lacuna uma oportunidade para melhorar as práticas alimentares e consequentemente o estado nutricional das crianças. A partir dos 6 meses a introdução de alimentos complementares na dieta da criança aumenta a dificuldade em garantir uma alimentação de qualidade, facto comprovado pelos indicadores de qualidade da dieta. A insegurança alimentar das famílias e a utilização dos serviços de saúde, identificados como fatores determinantes da alimentação infantil, diminuem também nesta faixa etária uma vez que a criança completa grande parte do calendário vacinal nos primeiros 6 meses de vida e que a utilização dos cuidados preventivos é baixa.

A dieta mínima aceitável implica que as mães ofereçam à criança uma dieta diversificada e o número recomendado de refeições. 25,3% das crianças do estudo tiveram uma dieta mínima aceitável nas 24 horas anteriores. O indicador calculado no estudo é bastante superior ao apresentado no MICS 2014 (Guiné-Bissau 7,9%; Cacheu 3,7%) mas indica que 74,7% das crianças continuam a não ter uma dieta mínima aceitável. Esta diferença pode ser explicada pela desatualização dos dados do MICS,

que foram recolhidos em 2014 (num período de grande instabilidade política no seguimento do golpe de estado de 2012 (50) ), por ter sido utilizada neste estudo uma amostra de conveniência ou pode demonstrar uma melhoria na qualidade da alimentação da criança resultante das diversas estratégias implementadas (41). A percentagem de crianças com uma diversidade, frequência e dieta mínima aceitável é também superior à encontrada a nível mundial e a nível da África Ocidental (22).

Os resultados deste estudo vão de encontro aos resultados de estudos semelhantes verificando-se que um maior nível de conhecimento materno aumenta a probabilidade de ter melhores práticas de alimentação nos primeiros 2 anos (20,28,32,35,51,52), sendo maior a influência do conhecimento nas práticas alimentares nos primeiros 6 meses do bebé.

Destacam-se como limitações deste estudo ter sido utilizada uma amostra de conveniência, uma vez que as mães que utilizam o CMISD estão possivelmente mais sensibilizadas para a importância da alimentação infantil e utilizam mais cuidados preventivos de saúde do que a população em geral. O consumo alimentar da criança foi reportado pela mãe, podendo haver outras pessoas que alimentaram a criança, o que aumenta a incerteza relativa ao consumo alimentar real da criança nas 24 horas anteriores. A diferença cultural entre o investigador e os inquiridos deve também ser considerada.



## **VI. CONCLUSÃO**

A percentagem de crianças exclusivamente amamentadas foi superior à nacional e verificaram-se resultados melhores nos 3 indicadores de alimentação complementar. Ainda assim, apenas 25,3% das crianças entre os 6 e os 23 meses tinha uma dieta mínima aceitável.

A maioria das mães (69,7%) apresentou conhecimentos suficientes sobre alimentação da criança nos primeiros 2 anos de vida o que sugere um efeito positivo dos programas de educação alimentar implementados. Os conhecimentos mostraram um efeito positivo na melhoria das práticas alimentares das crianças, principalmente na prática de aleitamento materno. O peso do conhecimento nas práticas de alimentação complementar foi menor, o que leva a crer que existe uma maior influência de outros determinantes como a segurança alimentar, o tempo dedicado à criança e a utilização dos cuidados de saúde. Novas estratégias devem ter em consideração estes outros determinantes, atuando de um modo multidisciplinar e criando um ambiente facilitador da adoção de novos comportamentos.

Este estudo demonstrou que as mães identificaram os técnicos de saúde como quem as pode ajudar a resolver os problemas relacionados com o aleitamento materno. O reforço da formação dos técnicos de saúde, e de outros agentes comunitários sobre alimentação infantil é fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, dos conhecimentos das mães e das práticas de alimentação da criança, que contribuem para a redução da mortalidade e morbilidade infantil.



## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cusick S, Georgieff MK. The first 1,000 days of life: The brain's window of opportunity [Internet]. [citado 8 de Julho de 2019]. Disponível em: <https://www.unicef-irc.org/article/958-the-first-1000-days-of-life-the-brains-window-of-opportunity.html>
2. World Health Organization; UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva; 2003. 30 p.
3. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality: Report 2017. United Nat. Child Mortality. New York; 2017.
4. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, De Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet. 2013;382(9890):427–51.
5. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding 1 Breastfeeding in the 21st century : epidemiology , mechanisms , and lifelong eff ect. Lancet [Internet]. 2016;387(10017):475–90. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
6. Gillespie S, Haddad L, Mannar V, Menon P, Nisbett N. The politics of reducing malnutrition: Building commitment and accelerating progress. Lancet [Internet]. 2013;382(9891):552–69. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60842-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60842-9)
7. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Survival C. Child survival II How many child deaths can we prevent this year? Lancet. 2003;362:65–71.
8. Loureiro I, Miranda N. Promover a Saúde - dos fundamento à acção. Almedina. Coimbra; 2010.
9. Marriott BP, White A, Hadden L, Davies JC, Wallingford JC. World Health Organization (WHO) Infant and young child feeding indicators : associations with growth measures in 14 low-income countries. 2015;2015(Un 2000):354–70.
10. Launiala BA. How much can a KAP survey tell us about people ' s knowledge , attitudes and practices ? Some observations from medical anthropology on malaria in pregnancy in Malawi Background : KAP surveys. 2009;11(1):1–13.
11. Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau. Plano estratégico de nutrição 2015-2019. 2014.
12. World Health Organization. Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. France; 2009.
13. World Health Organization. Infant and young child feeding [Internet]. 2018 [citado 17 de

- Maio de 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
14. ILCA, OMS, UNICEF, WABA, IBFAN. Declaração Innocenti 2005. Florença; 2005.
  15. Venancio SI, Saldiva SRDM, Escuder MML, Justo Giugliani ER. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 1 de Outubro de 2012;66(10):914 LP – 918. Disponível em: <http://jech.bmj.com/content/66/10/914.abstract>
  16. Abolyan L V. The Breastfeeding Support and Promotion in Baby-Friendly Maternity Hospitals and Not-as-Yet Baby-Friendly Hospitals in Russia. *Breastfeed Med* [Internet]. 1 de Junho de 2006;1(2):71–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/bfm.2006.1.71>
  17. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics* [Internet]. 1 de Novembro de 2005;116(5):e702 LP-e708. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/5/e702.abstract>
  18. Guerra A, Rêgo C, Silva D, Cordeiro Ferreira G, Mansilha H, Antunes H, et al. Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediatr Port*. 2012;43.
  19. Kathryn Dewey. Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed (PAHO and WHO). *Pan Am Heal Organ World Heal Organ*. 2001;18–25.
  20. Issaka AI, Agho KE, N. Page A, L. Burns P, Stevens GJ, Dibley MJ. The problem of suboptimal complementary feeding practices in West Africa: what is the way forward? *Matern Child Nutr* [Internet]. 1 de Outubro de 2015;11(S1):53–60. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/mcn.12195>
  21. World Health Organization. the Global Prevalence of Anaemia in 2011 [Internet]. WHO Report. 2011. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960_eng.pdf?ua=1)
  22. UNICEF. Infant and young child feeding [Internet]. UNICEF. 2018. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/#more--1714>
  23. WHO; UNICEF. Discussion paper The extension of the 2025 Maternal , Infant and Young Child nutrition targets to 2030. 2017;1–12.
  24. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices [Internet]. Geneve; 2008. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664\\_eng.pdf;jsessionid=9F6F2E52AE96F465FBC0CFBC3A851F47?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf;jsessionid=9F6F2E52AE96F465FBC0CFBC3A851F47?sequence=1)
  25. Contento IR. Nutrition education : linking research , theory , and practice. 2008;17(December 2007):176–9.



26. Macías, Yvette Fautsch ; Glasauer P. Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge , Attitudes and Practices manual. FAO. Roma; 2014. 181 p.
27. Dang S, Yan H, Yamamoto S, Wang X, Zeng L. Feeding practice among younger Tibetan children living at high altitudes. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2005;59(9):1022–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602207>
28. Berhanu Z, Alemu T, Argaw D. Predictors of inappropriate complementary feeding practice among children aged 6 to 23 months in Wonago District, South Ethiopia, 2017; case control study. *BMC Pediatr* [Internet]. 2019;19(1):146. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1523-6>
29. Na M, Aguayo VM, Arimond M, Mustaphi P, Stewart CP. Predictors of complementary feeding practices in Afghanistan: Analysis of the 2015 Demographic and Health Survey. *Matern Child Nutr* [Internet]. 1 de Novembro de 2018;14(S4):e12696. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/mcn.12696>
30. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth in developing countries. 2011;11(Suppl 3).
31. Akinyinka MR, Olatona FA, Oluwole EO. Breastfeeding Knowledge and Practices among Mothers of Children under 2 Years of Age Living in a Military Barrack in Southwest Nigeria. *Int J MCH AIDS* [Internet]. 2016;5(1):1–13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27622007>
32. Senghore T, Omotosho TA, Ceesay O, Williams DCH. Predictors of exclusive breastfeeding knowledge and intention to or practice of exclusive breastfeeding among antenatal and postnatal women receiving routine care: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2 de Março de 2018;13:9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29507600>
33. Hashim TH, Mgongo M, Katanga J, Uriyo JG, Damian DJ, Stray-Pedersen B, et al. Predictors of appropriate breastfeeding knowledge among pregnant women in Moshi Urban, Tanzania: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2017;12(1):11. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13006-017-0102-4>
34. Owais A, Suchdev PS, Schwartz B, Kleinbaum DG, Faruque ASG, Das SK, et al. Maternal knowledge and attitudes towards complementary feeding in relation to timing of its initiation in rural Bangladesh. *BMC Nutr* [Internet]. 2019;5(1):7. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40795-019-0272-0>
35. Olatona FA, Adenihun JO, Aderibigbe SA, Adeniyi OF. Complementary Feeding Knowledge, Practices, and Dietary Diversity among Mothers of Under-Five Children in an Urban Community in Lagos State, Nigeria. *Int J MCH AIDS* [Internet]. 2017;6(1):46–

59. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28798893>
36. Mohamed MJ, Ochola S, Owino VO. Comparison of knowledge , attitudes and practices on exclusive breastfeeding between primiparous and multiparous mothers attending Wajir District hospital , Wajir County , Kenya : a cross-sectional analytical study. 2018;1–10.
37. Kimani-Murage EW, Wekesah F, Wanjohi M, Kyobutungi C, Ezech AC, Musoke RN, et al. Factors affecting actualisation of the WHO breastfeeding recommendations in urban poor settings in Kenya. *Matern Child Nutr* [Internet]. 1 de Julho de 2015;11(3):314–32. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/mcn.12161>
38. Ijarotimi OS. Determinants of Childhood Malnutrition and Consequences in Developing Countries. *Curr Nutr Rep*. 2013;129–33.
39. Mitchodigni IM, Hounkpatin WA, Ntandou-bouzitou G. Complementary feeding practices : determinants of dietary diversity and meal frequency among children aged 6 – 23 months in Southern Benin. 2017;1117–30.
40. UNDP. Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update [Internet]. 2018. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/GNB>
41. Guiné-Bissau. Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS5) 2014. 2016.
42. SUN. The Scaling Up Nutrition ( SUN ) Movement Annual Progress Report 2016. 2016.
43. Republica da Guiné-Bissau. Segundo Inquérito Nacional SMART. 2012.
44. Guiné-Bissau, PAM, FAO U-A. Inquérito do Sistema de Seguimento da Segurança Alimentar e Nutricional da Guiné-Bissau. 2018. Report No.: 5.
45. Nations U. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. 2015 p. 1–35.
46. Fronteira I. Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos. *Acta Med Port*. 2013;26(2):161–70.
47. World Health Organization. Training Course on Child Growth Assessment. WHO. Vol. 7. Geneva; 2008.
48. UNICEF, WHO WBG. Levels and trends in child malnutrition. Geneva; 2018.
49. De Onis M, Garza C, Victora CG, Onyango AW, Frongillo EA, Martinez J. WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, Study Design, and Methodology. *Food Nutr Bull* [Internet]. 1 de Janeiro de 2004;25(1\_suppl\_1):S15–26. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/15648265040251S104>

50. Sangreman C, Proença F. Guiné-Bissau: A evolução 2010- 2016. 2016.
51. Wamani H, Åstrøm AN, Peterson S, Tylleskär T, Tumwine JK. Infant and Young Child Feeding in Western Uganda: Knowledge, Practices and Socio-economic Correlates. *J Trop Pediatr* [Internet]. 9 de Junho de 2005;51(6):356–61. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/tropej/fmi048>
52. Biks GA, Tariku A, Wassie MM, Derso T. Mother's Infant and Young Child Feeding (IYCF) knowledge improved timely initiation of complementary feeding of children aged 6-24 months in the rural population of northwest Ethiopia. *BMC Res Notes* [Internet]. 16 de Agosto de 2018;11(1):593. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30115114>
53. FAO. Food security - policy brief. 2006.



## VII. ANEXOS

### ANEXO A

#### **Indicadores de avaliação das práticas de aleitamento materno e alimentação complementar da OMS utilizados**

**Aleitamento materno exclusivo:** indica o número de crianças dos 0 aos 5 meses que recebeu apenas leite materno no dia anterior.

**Diversidade alimentar mínima:** indica o número de crianças dos 6 aos 23 meses que receberam pelo menos alimentos de 4 grupos (em qualquer quantidade) dos 7 grupos de alimentos definidos. Os 7 grupos são: 1 – cereais, raízes e tubérculos; 2 - leguminosas, sementes e frutos oleaginosos; 3 - laticínios; 4 – carne e pescado; 5 - ovos; 6 - frutos e produtos hortícolas ricos em vitamina A; e 7 - outros frutos e produtos hortícolas.

**Frequência alimentar mínima:** indica o número de crianças dos 6 aos 23 meses que receberam alimentos complementares (sólidos, semissólidos ou moles) e alimentação láctea, para crianças não amamentadas, o número mínimo de vezes ou mais durante o dia anterior.

Crianças amamentadas, entre os 6 e os 8 meses devem receber alimentos complementares pelo menos 2 – 3 vezes ao dia, e entre os 9 e os 23 meses 3 – 4 vezes. Crianças não amamentadas, devem receber a partir dos 6 meses pelos menos 4 refeições com alimentos sólidos, semissólidos ou moles que incluam laticínios.

**Dieta mínima aceitável:** indica o número de crianças dos 6 aos 23 meses que receberam uma dieta mínima aceitável, à exceção do leite materno. Trata-se de um indicador composto por dois outros indicadores: diversidade alimentar mínima e frequência alimentar mínima. Considera-se que uma criança teve uma dieta mínima aceitável quando cumpriu a diversidade e a frequência alimentar mínima.

## ANEXO B

### Consentimento Informado



#### CONSENTIMENTO INFORMADO

Bom dia/boa tarde,

Senhor/a \_\_\_\_\_. O meu nome é XXX e estou a participar num projeto implementado pela ONG VIDA e pela ONG Helpeo.

Este projeto está relacionado com a nutrição e a alimentação da criança. O seu objetivo é melhorar a alimentação das crianças e diminuir os casos de desnutrição na área de São Domingos. Agora que o projeto está a chegar ao fim estamos a fazer entrevistas sobre os conhecimentos e as práticas relacionadas com o aleitamento materno e a alimentação complementar.

A entrevista demorará 30 minutos. Todas as informações que me der serão confidenciais, isto é, as suas respostas e o seu nome não serão reveladas a ninguém.

Não é obrigatório responder a este questionário e pode desistir a qualquer altura.

Este questionário não é uma avaliação dos seus conhecimentos nem das suas práticas. Não se sinta obrigado/a a dar uma resposta certa nem se sinta envergonhado/a se não souber a resposta a alguma pergunta. Gostaria que me respondesse com honestidade, contando-me o que sabe e como alimenta o seu bebé.

Aceita participar nesta entrevista?

Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Tem alguma pergunta antes de começarmos?

Podemos começar?

## ANEXO C

### Questionário sociodemográfico

Cuidador	
1. Nome do cuidador	
2. Sexo do cuidador	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
3. Relação com a criança	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Avô Outro _____
4. Idade do cuidador	
5. Nº de filhos ( <i>apenas para as mulheres</i> )	
6. Tabanca	
7. Andou na escola? ( <i>se sim, continuar</i> )	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7.1. Estudou até que classe?	
Criança	
1. Nome da criança	
2. Sexo de criança	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
3. Data de nascimento da criança ( <i>verificar no cartão de vacinas</i> )	
4. O seu filho nasceu onde? ( <i>verificar no cartão de vacinas</i> )	<input type="checkbox"/> No hospital <input type="checkbox"/> Em casa Outro: _____
5. Peso ao nascer ( <i>verificar no cartão de vacinas</i> )	
6. Nº de avaliações do crescimento ( <i>verificar no cartão de vacinas o nº de pesagens da criança</i> )	
7. Perímetro braquial	

Data: \_\_\_\_\_

Inquiridor: \_\_\_\_\_

## ANEXO D

### Inquérito sobre alimentação da criança dos 0 aos 6 meses

#### ALIMENTAÇÃO DOS 0 AOS 6 MESES

##### Práticas

**P.1: \_\_\_\_ (nome do bebé) toma leite di mame aonti, di dia ou di noite?**

O seu bebé tomou leite materno ontem, durante o dia ou durante a noite?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe/não responde

**P.2: Outros ta da minino liti di mame na colher, na copo, na biberom ou i ta mamantado por outu milher.**

**(nome do bebé) toma leite di mame aonti, di dia ou di noite de maneira?**

Alguns bebés são alimentados com leite materno de diferentes maneiras, por exemplo com uma colher, com um copo ou biberão ou amamentados por outra mulher.

O seu bebé consumiu leite materno de alguma destas formas ontem, de dia ou de noite?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe/não responde

**P.3: Hora ki mame di (nome do bebé) ka sta na casa quim ki ta dal di cume?**

Quando a mãe não está em casa e não pode alimentar o bebé quem é que o que faz?

☐ Pai

☐ Avó

☐ Outra criança

☐ Outro \_\_\_\_\_

☐ Não sabe/não responde

**P.3.1: Si mame di (nome do bebé) ka esta na casa comam ki ta cume?**

Quando a mãe não está em casa para alimentar o bebé, de que maneira o bebé é alimentado?

---

☐ Leite materno pela colher, copo ou biberão

☐ Fórmula infantil pela colher, copo ou biberão

☐ Outro liquido

☐ Outro

**P.4: Ke que (nome do bebé) bibi aontem, di dia ou di noite ?**

O seu bebé bebeu algum destes líquidos ontem, de dia ou de noite?

A. Água

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe

B. Leite artificial tipo NAN, Nursie ou Guidoz)

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe

C. Outro leite em pó ou fresco (*mimosa*)

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe

D. Sumos naturais ou de pacote

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe



E. Caldo/sopa líquido	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
F. Iogurte (Ardo, Pascoal)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
G. Papa líquida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
H. Leite de mancarra	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
I. Outros líquidos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe

**Aleitamento materno exclusivo**

Sim ☐ Não ☐

**Conhecimentos**

**C.1: Minino qui cunsa padido kuma ki i dibi di cume?**

Como se deve alimentar um bebé recém-nascido?

---

☐ Apenas leite materno      ☐ Outro      ☐ Não sabe

**C.2: Bu obi falado de aleitamento materno exclusivo?**

Já ouviu falar de aleitamento materno exclusivo?

☐ Sim      ☐ Não. *Continuar para a questão C.3*

**Bu sibe que qui aleitamento materno exclusivo?**

O que significa aleitamento materno exclusivo?

---

☐ Aleitamento materno exclusivo significa que os bebés são alimentados apenas com leite materno, sem outros líquidos ou alimentos      ☐ Outro      ☐ Não sabe

**C.3: Até kal tempo qui minino dibidi mama só mama di si mame?**

Até que idade é recomendado que o bebé seja alimentado só com leite materno?

---

☐ Do nascimento aos seis meses      ☐ Outro      ☐ Não sabe

**C.4: Pabia di que qui manda gentis ta fala qui minino dibidi mama so mama di si mame até qui completa 6 meses?**

Porque é que o leite materno é o único alimento recomendado para crianças desde o nascimento até aos 6 meses?

- 
- |  |  |                                |                                   |
|--|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Porque o leite materno fornece todos os nutrientes e líquidos que o bebé precisa nos primeiros 6 meses. | <input type="checkbox"/> Porque os bebés não conseguem digerir outros alimentos antes de completarem seis meses. | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Não sabe |
|--|--|--------------------------------|-----------------------------------|

**C.5: Minino qui ka txiga 6 meses, kantu bias qui dibidi mama?**

Com que frequência deve um bebé menor de 6 meses mamar ou ser alimentado com leite materno?

- 
- |  |                                |                                   |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Em livre demanda, sempre que o bebé quiser. | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Não sabe |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|

**C.6: Ke ki minino ta ganha si mama só liti di mame toki completa 6 meses?**

Quais são os benefícios para o bebé que recebe apenas leite materno nos primeiros 6 meses de vida?

- 
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cresce saudável               | <input type="checkbox"/> Proteção contra a diarreia e outras infeções | <input type="checkbox"/> Proteção contra a obesidade e as doenças crónicas na vida adulta |
| <input type="checkbox"/> Proteção contra a desnutrição | <input type="checkbox"/> Outra  | <input type="checkbox"/> Não sabe   |

**Número de respostas corretas** \_\_\_\_\_

**C.7: Ke ki mame ta ganha si mamanta si fidju durante 6 meses?**

Que benefícios de saúde a mãe pode ter se alimentar exclusivamente o seu bebé durante 6 meses?

- 
- |   |   |  |                                   |
|---|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atrasa a fertilidade (aumenta o espaçamento entre as gravidezes)                       | <input type="checkbox"/> Ajuda a perder o peso ganho durante a gravidez | <input type="checkbox"/> Diminui o risco de cancro (mama e ovário) |                                   |
| <input type="checkbox"/> Diminui o risco de perder sangue depois do parto (menor risco de hemorragia pós parto) | <input type="checkbox"/> Melhora a ligação entre a mãe e o bebé         | <input type="checkbox"/> Outra                                     | <input type="checkbox"/> Não sabe |

**Número de respostas corretas** \_\_\_\_\_

**C.8: Alguns mames ta fala cuman i ka tene liti tchiu pa mamanta si fidju. Cuntam que ki mame pudi faci pa i tene liti suficiente pa mamanta si fidju?**

Algumas mães dizem que não têm leite suficiente para alimentar os seus bebés. Diga-me o que pode ajudar a mãe a produzir leite suficiente?

---

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amamentar em livre demanda               | <input type="checkbox"/> Extração manual de leite materno | <input type="checkbox"/> Ter uma boa alimentação |
| <input type="checkbox"/> Beber líquidos suficientes durante o dia | <input type="checkbox"/> Outra                            | <input type="checkbox"/> Não sabe                |

**Número de respostas corretas**\_\_\_\_\_

**C.9: Alguns mames i ta bai trabadjo i ta dixa fidjo na casa. Des manera cuma qui mames pudi continua alimenta si fidju ku si liti?**

Algumas mães precisam de trabalhar e são separadas dos seus bebés. Nesta situação como pode uma mãe continuar a alimentar o bebé só com leite materno?

---

- |   |                                |                                   |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Extração manual do leite materno e armazenamento/pedir a alguém que o alimente com o leite armazenado quando está ausente. | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Não sabe |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|

**C.10: Si mame tene problema di mamanta si fidjo Cuma ki pudi fasi?**

Se uma mãe está a ter problemas com o aleitamento materno o que deve fazer para resolver estes problemas? *Perguntar se necessário: Quem pode ajudar a mãe a resolver o problema?*

---

- |  |                                |                                   |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Procurar ajuda de um técnico de saúde | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Não sabe |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|

## Anexo E

### Inquérito sobre alimentação da criança dos 6 aos 23 meses

#### ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA (6–23 MESES)

##### Práticas

**P.1:** \_\_\_\_\_ (nome do bebé) toma leite di mame aonti, di dia ou di noite?

O seu bebé mamou ou tomou leite materno ontem, de dia ou de noite?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe/não responde

**P.2:** Misti puntau que qui (nome do bebé) cume aonte, di dia ou di noite. Misti sibi tudu comidas ki bu dal di kume. Exemplo, si i cume papa di milho preto comam ke bu preparale, qui alimento qui bu pui dentro di ki papa.

**Aonti, di dia ou di noite, ke ki (nome do bebé) cume:**

Gostaria de perguntar sobre outros líquidos ou alimentos que o seu bebé comeu ontem, durante o dia ou durante a noite. Gostaria de saber todos os alimentos que o seu filho tenha comido, mesmo que combinado com outros alimentos. Por exemplo, se comeu papa de milho preto, deve responder sim para todos os ingredientes que eu perguntar que tenha usado para preparar a papa.

Ontem, durante o dia ou durante a noite, o/a (nome do bebé) comeu:

(Ler a lista de alimentos. Sublinhar os alimentos que o bebé comeu e assinalar sim ou não na coluna. Assinalar o nº de vezes quando pedido)

Grupo	Lista de alimentos	Não	Sim
<b>Grupo 1:</b> <i>Cereais, raízes e tubérculos</i>	Papa, pão, arroz, esparguete e outros alimentos feitos de cereais		
	Batata inglesa, inhame, mandioca e outras comidas feitas com tubérculos		
<b>Grupo 2:</b> <i>Leguminosas, sementes e oleaginosas</i>	Alguma comida feita de feijões, ervilhas, mancarra, caju ou sementes		
<b>Grupo 3:</b> <i>Laticínios</i>	Fórmula infantil nº 1 ou 2 ( <i>NAN, Nursie, Guidoz</i> )		Quantas vezes?
	Leite em pó ( <i>NIDO</i> ) ou leite <i>Mimosa</i>		Quantas vezes?
	Iogurte ( <i>Ardo</i> )		Quantas vezes?
	Queijo ou outros laticínios		
	Fígado, rim, coração ou outro órgão		

<b>Grupo 4:</b> <i>Carne e pescado</i>	Qualquer carne, como vaca, porco, cabra ou frango		
	Peixe fresco, seco ou fumado, marisco (ostra, caranguejo, camarão, ...)		
<b>Grupo 5:</b> <i>Ovos</i>	Ovos		
<b>Grupo 6:</b> <i>Frutas e vegetais ricos em vitamina A</i>	Abóbora, cenoura		
	Algum legume de folha verde escura (palha de mandioca, palha de batata, nenebadaje, djambo)		
	Manga madura (fresco ou seco), papaia madura (fresca ou seca)		
	Comidas preparadas com óleo de palma		
<b>Grupo 7:</b> <i>Outras frutas e vegetais</i>	Banana, laranja, tomate, pepino, canja, beringela e outras frutas e vegetais		
<b>Outros</b> <i>(não contabilizados no índice de diversidade diária)</i>	Qualquer óleo (azeite), gordura, manteiga ou alimento preparado com estes alimentos		
	Qualquer alimento doce como chocolates, doces, bolos, bolachas ou biscoitos		
	Condimentos como malagueta, especiarias, ervas aromáticas ou <i>gusto</i>		

☐ O bebé não consumiu outro alimento além do leite materno.

Nº de grupos alimentares consumidos no dia anterior

\_\_\_/7

**P.3: Quantos bias (nome do bebé) cume aonti, di dia ou di noite?**

Quantas vezes o/a (nome do bebé) comeu ontem, de dia e de noite?

*Considerar refeições e alimentos fora das refeições.*

☐ Número de vezes | \_\_\_ |

☐ Não sabe/ não responde

## Conhecimento

### C.1: Até quanto ano qui minino dibidi mama?

Até que idade é recomendado que o bebé continue a beber leite materno?

- 
- |  |                                     |                                      |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seis meses ou menos | <input type="checkbox"/> 6–11 meses | <input type="checkbox"/> 12–23 meses |
| <input type="checkbox"/> 24 meses ou mais    | <input type="checkbox"/> Outro      | <input type="checkbox"/> Não sabe    |

### C.2: Kal ki idade qui minino dibidi cunsa cume utrus cusas di cume?

Com que idade os bebés devem começar a comer outros alimentos além do leite materno?

- 
- |                                      |                                |                                   |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aos 6 meses | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Não sabe |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

### C.3: Kal ki importância di da minino utrus cusas di comer ora ki tene mas di 6 meses?

Porque é que é importante dar outros alimentos além do leite materno a bebés com mais de 6 meses?

- 
- |  |                                |                                   |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> O leite materno sozinho não é suficiente/não fornece todos os nutrientes necessários para o crescimento/ o bebé precisa de mais alimentos além do leite materno | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Não sabe |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|

### C.4: Jubide imagem de papas. Kal tipo de papa ki i melhor pa minino?

Observe as imagens das papas. Qual destas acha que deve ser dada a uma criança pequena?

- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A papa mais consistente | <input type="checkbox"/> A papa mais leve | <input type="checkbox"/> Não sabe |
|--|---|-----------------------------------|

### C.5: Pavia di que ki bu culhi e papa?

Porque escolheu esta imagem?

- 
- |  |   |                                |                                   |
|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Porque esta papa é mais consistente | <input type="checkbox"/> Porque a papa mais consistente é mais nutritiva/porque é preparada com diferentes ingredientes | <input type="checkbox"/> Outra | <input type="checkbox"/> Não sabe |
|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|

**C.6: Manga di mames ta prepara papa di milho pa si filhos. Contam de kal tipo di alimentos qui mame pude junta na papa pa i sedu rico.**

Para alimentar as crianças muitas mães preparam papa de milho preto. Diga-me que alimentos pode juntar à papa para ser mais rica.

---

☐ Alimentos de origem animal (carne de vaca, frango, peixe, fígado, ovos)

☐ Leguminosas e oleaginosas: feijão, ervilhas, sementes, mancarra, cajú

☐ Alimentos ricos em vitamina A (cenoura, batata doce amarela, abobora, manga, papaia)

☐ Vegetais de folha verde escura

☐ Azeite ou manteiga

☐ Outro ☐ Não sei

## Anexo F

### Análise de dados

**Tabela 3: Caracterização sociodemográfica das mães.**

**Idade das mães: Estatísticas Descritivas**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade mães	142	14,00	45,00	25,6620	6,51554
N válido (listwise)	142				

**Categorias de idade das mães**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Menos de 18	16	11,0	11,3	11,3
	18-24	51	35,2	35,9	47,2
	25-34	57	39,3	40,1	87,3
	Mais de 35	18	12,4	12,7	100,0
	Total	142	97,9	100,0	
Omisso	Sistema	3	2,1		
Total		145	100,0		

**Nº de filhos**

Válido	145
Omisso	0
Média	2,4552
Mediana	2,0000
Desvio Padrão	1,53197
Mínimo	1,00
Máximo	8,00

**Nível de escolaridade (categorias)**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Nenhuma	29	20,0	20,0	20,0
	Primária	20	13,8	13,8	33,8
	Secundária ou mais	96	66,2	66,2	100,0
	Total	145	100,0	100,0	

**Tabela 4: Caracterização sociodemográfica e avaliação do estado nutricional das crianças.**

**Sexo das crianças**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	F	75	51,7	51,7	51,7
	M	70	48,3	48,3	100,0
	Total	145	100,0	100,0	

**Idade das crianças**

N	Válido	144
	Omisso	1
Média		7,2431
Mediana		7,0000
Desvio Padrão		5,29183
Mínimo		,00
Máximo		21,00



## Local de parto

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Casa	57	39,3	39,3	39,3
	Hospital	88	60,7	60,7	100,0
	Total	145	100,0	100,0	

## Peso ao nascer

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Peso ao nascer	87	1,80	4,80	3,1581	,54579
Valid N (listwise)	87				

## Baixo peso ao nascer (peso ao nascer menor que 2,500kg)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
BPN	9	1,00	1,00	1,0000	,00000
Valid N (listwise)	9				

## Avaliações do crescimento

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
ZS Peso/Comprimento	144	-3,12	2,52	-,1417	1,17495
ZS Peso/Idade	144	-5,05	1,86	-,4851	1,12543
ZS Comprimento/Idade	144	-5,89	2,35	-,5679	1,17231
ZS IMC/Idade	144	-3,25	2,50	-,2335	1,17001
N válido (listwise)	144				

## Desnutrição

### Desnutrição aguda: ZS peso/comprimento

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	-3<ZS<-2	9	6,2	81,8	81,8
	ZS<-3	2	1,4	18,2	100,0
	Total	11	7,6	100,0	
Omisso	Sistema	134	92,4		
Total		145	100,0		

### Insuficiência ponderal: ZS peso/idade

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	-3<ZS<-2	11	7,6	84,6	84,6
	ZS<-3	2	1,4	15,4	100,0
	Total	13	9,0	100,0	
Omisso	Sistema	132	91,0		
Total		145	100,0		

### Desnutrição crônica: ZS comprimento/idade

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	-3<ZS<-2	11	7,6	91,7	91,7
	ZS<-3	1	,7	8,3	100,0
	Total	12	8,3	100,0	
Omisso	Sistema	133	91,7		
Total		145	100,0		

**ZS IMC/idade**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	-3<ZS<-2	11	7,6	84,6	84,6
	ZS<-3	2	1,4	15,4	100,0
	Total	13	9,0	100,0	
Omisso	Sistema	132	91,0		
Total		145	100,0		

**Tabela 5: Práticas de alimentação nos primeiros 6 meses.****P1: AM no dia anterior**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	62	100,0	100,0	100,0

**P2: LM pelo copo, colher ou biberão**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	2	3,2	3,2	3,2
	não	60	96,8	96,8	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**P3: Alimentação na ausência da mãe: quem alimenta?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Avó	1	1,6	1,6	1,6
	Outra criança	1	1,6	1,6	3,2
	Outro	1	1,6	1,6	4,8
	NA	59	95,2	95,2	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**P3.1: Alimentação na ausência da mãe: que alimento?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LM pela colher/copo/biberão	1	1,6	1,6	1,6
	Fórmula infantil	1	1,6	1,6	3,2
	Outro	1	1,6	1,6	4,8
	NA	59	95,2	95,2	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**P4: AME no dia anterior?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	7	11,3	11,3	11,3
	Sim	55	88,7	88,7	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**Tabela 6: Conhecimentos das mães sobre alimentação até aos 6 meses.**

**C1: Alimentação nas primeiras horas de vida**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Apenas LM	60	96,8	96,8	96,8
	Outro	2	3,2	3,2	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**C2: Já ouviu falar de AME?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	16	25,8	25,8	25,8
	não	46	74,2	74,2	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**C2.1: Sabe o que é AME?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não responde	46	74,2	74,2	74,2
	Sim	6	9,7	9,7	83,9
	Não	10	16,1	16,1	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**C3: AME até que idade?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	do nascimento aos 6 meses	54	87,1	87,1	87,1
	outro	5	8,1	8,1	95,2
	não sabe	3	4,8	4,8	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**C4: Porquê AME nos primeiros 6 meses?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tem tudo o que o bebé precisa	17	27,4	27,4	27,4
	o bebé não consegue digerir outros alimentos	13	21,0	21,0	48,4
	outro	8	12,9	12,9	61,3
	não sabe	19	30,6	30,6	91,9
	ambas	5	8,1	8,1	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**C5: Frequência do AM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	livre demanda	61	98,4	98,4	98,4
	outro	1	1,6	1,6	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**C6: Vantagens do AM para a criança (nº de respostas certas)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	9	14,5	14,5	14,5
	1	30	48,4	48,4	62,9
	2	20	32,3	32,3	95,2
	3	2	3,2	3,2	98,4
	4	1	1,6	1,6	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**C7: Vantagens do AM para a mãe (nº de respostas certas)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	35	56,5	56,5	56,5
	1	25	40,3	40,3	96,8
	2	2	3,2	3,2	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**C8: Práticas que aumentam a produção de LM (nº de respostas certas)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	8,1	8,1	8,1
	1	52	83,9	83,9	91,9
	2	5	8,1	8,1	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**C9: Manter o AM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	extração manual	35	56,5	56,5	56,5
	não sabe	27	43,5	43,5	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**C10: Quem pode ajudar nos problemas relacionados com o AM?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Procurar ajuda de um TS	56	90,3	90,3	90,3
	Outro	2	3,2	3,2	93,5
	Não sabe	4	6,5	6,5	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**Tabela 7: Avaliação dos conhecimentos das mães sobre alimentação até aos 6 meses.****Relação entre score de conhecimentos e aleitamento materno exclusivo (Modelo 1)**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	scoreK	,098	,036	7,450	1	,006	1,103	1,028	1,184
	Constant	-3,422	1,952	3,074	1	,080	,033		

a. Variable(s) entered on step 1: scoreK.

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	31,462 <sup>a</sup>	,179	,351

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Relação entre score de conhecimentos e aleitamento materno exclusivo (Modelo 2)**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	scoreK	,196	,075	6,753	1	,009	1,216	1,049	1,409
	idadecg	-,038	,141	,071	1	,790	,963	,731	1,270
	nfilhos	1,068	,908	1,385	1	,239	2,911	,491	17,249
	escolaridade	,168	,272	,382	1	,536	1,183	,694	2,017
	sexocriança	,719	1,406	,262	1	,609	2,053	,130	32,302
	idadecriança	-1,823	,865	4,439	1	,035	,161	,030	,881
	Constant	-6,148	3,841	2,562	1	,109	,002		

a. Variable(s) entered on step 1: idadecg, nfilhos, escolaridade, sexocriança, idadecriança.

Model Summary			
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	12,409 <sup>a</sup>	,399	,783

a. Estimation terminated at iteration number 12 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Tabela 8: Práticas alimentares dos 6 aos 23 meses.**

**P1: AM no dia anterior**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	80	96,4	96,4	96,4
	Não	3	3,6	3,6	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**Diversidade alimentar mínima**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	57	68,7	68,7	68,7
	Sim	26	31,3	31,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**Frequência alimentar mínima**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< recomendado	36	43,4	43,4	43,4
	0 recomendado	38	45,8	45,8	89,2
	>recomendado	9	10,8	10,8	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**Dieta mínima aceitável**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	62	74,7	74,7	74,7
	Sim	21	25,3	25,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**Tabela 9: Conhecimentos das mães sobre alimentação dos 6 aos 23 meses.**

**C1: Até que idade os bebês devem mamar?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	menos de 6 meses	2	2,4	2,4	2,4
	6-11 meses	1	1,2	1,2	3,6
	12-23 meses	51	61,4	61,4	65,1
	mais de 24 meses	25	30,1	30,1	95,2
	outro	2	2,4	2,4	97,6
	não sabe	2	2,4	2,4	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**C2: Idade de introdução de alimentos complementares**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6 meses	73	88,0	88,0	88,0
	outro	8	9,6	9,6	97,6
	não sabe	2	2,4	2,4	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**C3: Porque é que devem ser introduzidos alimentos complementares a partir dos 6 meses?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LM não é suficiente	39	47,0	47,0	47,0
	Outro válido	10	12,0	12,0	59,0
	não sabe	34	41,0	41,0	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**C4: Consistência das papas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	papa mais consistente	71	85,5	85,5	85,5
	papa mais leve	12	14,5	14,5	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**C5: Porquê essa consistência?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	papa mais consistente	6	7,2	7,2	7,2
	papa mais nutritiva	11	13,3	13,3	20,5
	outro válido	56	67,5	67,5	88,0
	não sabe	10	12,0	12,0	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**C6: Alimentos que podem ser adicionados às papas para as tornar mais nutritivas (nº de grupos referidos pela mãe)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	6	7,2	7,2	7,2
	1	6	7,2	7,2	14,5
	2	19	22,9	22,9	37,3
	3	24	28,9	28,9	66,3
	4	25	30,1	30,1	96,4
	5	2	2,4	2,4	98,8
	6	1	1,2	1,2	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**Tabela 10: Avaliação dos conhecimentos das mães sobre alimentação dos 6 aos 23 meses.****Score de conhecimentos**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
scoreK	83	11	78	52,81	16,347
Valid N (listwise)	83				

**Score de conhecimentos (categorias)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Fraco	4	4,8	4,8	4,8
	Insuficiente	29	34,9	34,9	39,8
	Suficiente	41	49,4	49,4	89,2
	Bom	9	10,8	10,8	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**Tabela 11: Relação entre score de conhecimentos e as práticas de alimentação infantil.**

**Relação entre score de conhecimentos e dieta mínima aceitável (Modelo 1)**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
Step 1 <sup>a</sup>	scoreK	,038	,019	4,211	1	,040	1,039	1,002	1,077
	Constant	-3,155	1,105	8,153	1	,004	,043		

a. Variable(s) entered on step 1: scoreK.

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	87,278 <sup>a</sup>	,059	,086

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Relação entre score de conhecimentos e dieta mínima aceitável (Modelo 2)**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
Step 1 <sup>a</sup>	scoreK	,045	,022	4,231	1	,040	1,046	1,002	1,091
	idade mãe	-,010	,067	,023	1	,881	,990	,869	1,128
	Nº filhos	,391	,277	1,990	1	,158	1,478	,859	2,543
	escolaridade	,055	,084	,436	1	,509	1,057	,897	1,246
	Sexo criança	,828	,608	1,851	1	,174	2,288	,694	7,537
	Idade criança	,128	,073	3,048	1	,081	1,137	,984	1,313
	Constant	-7,225	2,422	8,897	1	,003	,001		

a. Variable(s) entered on step 1: idade mãe, nº filhos, escolaridade, sexo criança, idade criança.

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	79,643 <sup>a</sup>	,144	,211

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Relação entre o score de conhecimentos e fatores sociodemográficos**

**Relação entre score de conhecimentos e escolaridade materna**

**Tests of Normality**

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Scorek	escolacat						
	1,00	,077	29	,200*	,962	29	,376
	2,00	,191	20	,055	,858	20	,007
	3,00	,118	96	,002	,969	96	,023

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Ranks**

		N	Mean Rank
Scorek	escolacat		
	1,00	29	55,62
	2,00	20	73,30
	3,00	96	78,19
Total		145	

### Test of Homogeneity of Variances

Scorek

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3,629	2	142	,029

### ANOVA

Scorek

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2555,178	2	1277,589	5,081	,007
Within Groups	35703,969	142	251,436		
Total	38259,147	144			

### Robust Tests of Equality of Means

Scorek

	Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
Welch	3,528	2	38,249	,039
Brown-Forsythe	4,031	2	58,390	,023

a. Asymptotically F distributed.

### Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scorek  
Tamhane

(I) escolacat	(J) escolacat	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00	2,00	-7,52845	5,28284	,409	-20,6211	5,5642
	3,00	-10,69407 <sup>*</sup>	4,05227	,036	-20,8347	-,5534
2,00	1,00	7,52845	5,28284	,409	-5,5642	20,6211
	3,00	-3,16563	3,95377	,816	-13,2775	6,9462
3,00	1,00	10,69407 <sup>*</sup>	4,05227	,036	,5534	20,8347
	2,00	3,16563	3,95377	,816	-6,9462	13,2775

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

### Relação entre score de conhecimentos e idade materna

#### Correlations

		idadecg	Scorek
idadecg	Pearson Correlation	1	,150
	Sig. (2-tailed)		,074
	N	142	142
Scorek	Pearson Correlation	,150	1
	Sig. (2-tailed)	,074	
	N	142	145

### Relação entre score de conhecimentos e nº de filhos

#### Correlations

		Scorek	nfilhos
Scorek	Pearson Correlation	1	,032
	Sig. (2-tailed)		,707
	N	145	145
nfilhos	Pearson Correlation	,032	1
	Sig. (2-tailed)	,707	
	N	145	145



# Relação entre score de conhecimentos e local de parto

Tests of Normality							
Scorek	localparto	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
	1	,119	57	,044	,958	57	,045
	2	,171	88	,000	,941	88	,001
a. Lilliefors Significance Correction							
Scorek	localparto	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean		
	Casa	57	54,1035	16,00783	2,12029		
	Unidade de saúde	88	58,5716	16,33644	1,74147		

Independent Samples Test										
Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Scorek	Equal variances assumed	,003	,959	-1,621	143	,107	-4,46808	2,75581	-9,91547	,97931
	Equal variances not assumed			-1,628	121,460	,106	-4,46808	2,74378	-9,89992	,96375